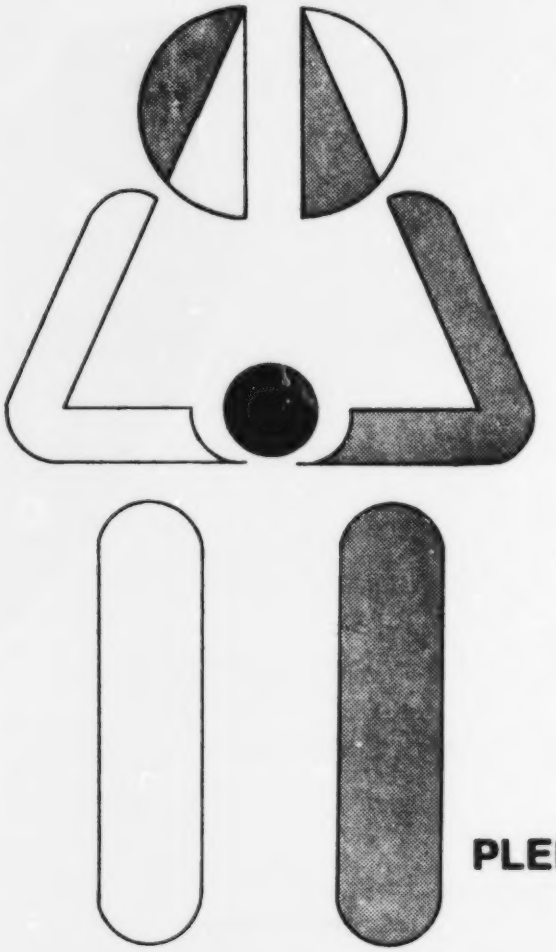
1981
ANNÉE INTERNATIONALE DES PERSONNES HANDICAPÉES



PLEINE PARTICIPATION ET ÉGALITÉ

BIBLIOTHÈQUE
17 JAN 1983
LÉGISLATURE, QUÉBEC

Dossier no 2:

Prévention et dépistage du handicap

Dossier no 2:

PREVENTION ET DEPISTAGE DU HANDICAP

CLAUDE GENDREAU
REINE GUEDON

Ont également collaboré à la mise au point de ce dossier:

Lorraine Boyer
Bertrand Dion
Gloria Escomel
Patrick Fougeyrollas
Daniel Laroche
Yan Zawilsky

TABLE DES MATIERES

	PAGES
INTRODUCTION	1
Que signifie prévenir ou dépister	1
Ne pas confondre maladie, déficience et handicap	1
Prévenir ou dépister, pour quoi faire?	2
La prévention vise-t-elle l'élimination des personnes handicapées?	3
On peut également parler au nom de la qualité de vie	4
La santé des enfants de demain est fonction de celle des parents d'aujourd'hui	5
CHAPITRE I	
I. LA PREVENTION DANS LA VIE QUOTIDIENNE	6
1) Une saine alimentation	6
2) La santé vénérienne	7
La syphilis	8
La blennorragie	8
Importance de l'information	9
3) Les toxicomanies: tabac, alcool, drogues, médicaments	9
A) Le tabac	9
Comment supprimer l'usage du tabac?	10
B) L'alcool	11
C) Les drogues	12-13
D) L'abus des médicaments	14
4) Les radiographies	15
5) Milieux de vie nocifs	16
A) Les tensions de la vie quotidienne	16
B) La violence	17
La violence et la vie familiale	17-18-19-20
La violence criminelle	21
La violence dans les ports et les loisirs	21
C) Les accidents du travail et les maladies professionnelles	22-23-24-25-26
D) Les accidents automobiles	27-28
CHAPITRE II	29
II. LES RESPONSABILITES PARENTALES	29
La décision d'avoir un enfant	29-30
Les examens pré-nataux	30-31-32-33
Les grossesses à risques élevés	34-35-36-37
L'accouchement	38-39
La phase post-natale	40-41

PAGES

CHAPITRE II... 41

Prévention des maladies infantiles 42
Les accidents chez les enfants de 0 à 14 ans 43

CONCLUSION 44

NOTES ET REFERENCES - CHAPITRE I 49

BIBLIOGRAPHIE 51

INTRODUCTION

> Préconiser des mesures de prévention ou de dépistage ne signifie nullement que l'on rejette les personnes vivant avec un handicap.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité de prévenir ou de dépister précocement les maladies, les accidents ou toute autre cause susceptible d'entraîner des limitations physiques ou mentales chez certaines personnes.

Cependant, tout au long de ce dossier, nous interrogerons l'inconscience collective, le manque de moyens mis en place,et notre mode de vie, plus axé sur le désir d'une satisfaction ou d'un profit immédiat que sur la prévention.

Car derrière cette unanimité à reconnaître les avantages de la prévention et du dépistage, se dissimule peut-être une contradiction fondamentale entre ce que l'on dit désirer de façon générale et ce que l'on fait sur le plan personnel. Au niveau individuel, on peut se dire que "cela n'arrive qu'aux autres" ou que "le gouvernement devrait faire quelque chose", alors que certains moyens de se maintenir en santé ou d'éviter des risques relèvent des responsabilités personnelles.

Mais au niveau du gouvernement ou des pouvoirs décisionnels, on tend peut-être trop à culpabiliser le consommateur, alors que certains facteurs de l'environnement ou des structures sociales comportent des risques que seules des politiques globales de prévention et de dépistage permettraient de supprimer à la source.

Que signifie prévenir ou dépister ?

D'une façon générale, prévenir, c'est rechercher et mettre en oeuvre un ensemble de moyens pour éviter les causes d'apparition de toute maladie , de tout accident ou de toute déficience organique, motrice, sensorielle, psychique ou mentale, et

dépister, c'est rechercher systématiquement, dans une population donnée, les signes de certaines maladies ou de certaines déficiences pouvant limiter les possibilités de certaines personnes.

Ne pas confondre maladie, déficience et handicap.

Sans vouloir associer automatiquement maladie avec handicap, nous serons amenés à constater que certaines maladies ont pour conséquence d'entraîner certaines déficiences physiques ou mentales et que la prévention ou le dépistage précoce permettent d'éviter cette conséquence en s'attaquant à la cause initiale. Par exemple, lorsqu'on parlera de problèmes de mauvaise circulation, on devra avoir à l'esprit qu'ils peuvent entraîner,en des cas extrêmes, la nécessité d'amputer un membre. L'amputation constitue une limitation, mais elle ne devient un handicap que du point de vue social, lorsque cette limitation (ou déficience) physique empêche la personne amputée de mener une vie conforme à ses besoins et aspirations.

Si nous parlons tantôt de maladie, tantôt de handicaps, c'est dans cette optique, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, car les personnes handicapées ne sont pas des personnes malades.

Prévenir ou dépister, pour quoi faire ?

Pour agir sur les causes plutôt que sur les conséquences, pour éviter accidents et maladies plutôt que de les soigner, pour diminuer le nombre de personnes handicapées, bien sûr, mais aussi, lorsque la prévention n'a pu intervenir pour des raisons très diverses, parce que le dépistage précoce permet, dans certains cas au moins, d'arrêter les progrès de la maladie, de la faire régresser, de soulager les souffrances qu'elle apporte, ou de contrôler les effets secondaires qu'elle risque d'entraîner. Dans d'autres cas, le dépistage permet de prévenir certaines déficiences ou de les réduire, par des programmes de stimulation précoce qui développent au maximum le potentiel de la personne, restreignant ainsi les possibilités de handicaps.

La réduction des coûts socio-économiques ainsi obtenue peut avoir en outre des effets positifs, car les sommes économisées

pourraient être consacrées à l'amélioration des services pour les personnes handicapées et à la mise en place de structures leur permettant une véritable intégration sociale.

La prévention vise-t-elle l'élimination des personnes handicapées ?

C'est, en effet, un autre aspect de la question qui peut se poser, particulièrement à propos du diagnostic prénatal vis-à-vis du problème de l'avortement thérapeutique. S'il peut être posé et si on peut en discuter, c'est parce que certains eugénistes préconisent la sélection systématique, ou même l'élimination des individus physiquement imparfaits ou déficients mentaux. Une pareille recommandation peut révolter bien des consciences et entraîner des conflits de tout ordre, parce que la contreverse n'est pas nouvelle et qu'elle relève du problème général du droit à la vie -ou à la qualité de vie- et à la mort, que nous ne pouvons pas prétendre résoudre dans le cadre de ce dossier.

Alignons simplement les principales interrogations que cette question suscite et les arguments qui peuvent s'opposer :

-tous ceux qui s'échangent pour tous les cas d'avortement, pour reconnaître ou refuser à une femme le droit de décider si elle mènera ou non sa grossesse à terme, en fonction de ses possibilités -tant matérielles que psychologiques- d'élever l'enfant à naître, cela en regard d'un certain nombre de critères qui correspondent à la notion de "qualité de vie", qui reste subjective, parfois, et d'autres fois dépend des conditions matérielles et sociales qui l'attendent.

Les arguments peuvent provenir de convictions religieuses, morales ou humaines, se baser sur des données biologiques ou philosophiques et déboucher sur des considérations empiriques ou idéologiques...

A ceux-ci s'ajoutent, pour l'avortement thérapeutique, les variations suivantes:

-le diagnostic pré-natal fournit à la mère des renseignements supplémentaires sur le foetus, sur ses éventuelles déficiences physiques ou mentales ou son état de santé: est-elle prête à assumer l'éducation d'un enfant qui peut lui poser des problèmes supplémentaires ou différents de ceux qu'un autre enfant, apparemment sans

déficience congénitale, pourrait lui poser ? La société est-elle en mesure de faire la même place à cet enfant qu'à un autre ? Cet enfant souffrira-t-il plus qu'un autre ou sera-t-il aussi heureux qu'un autre ?

La réponse à ces questions dépendent en grande partie de la mentalité des personnes et de leurs dispositions envers cet enfant, et elles peuvent varier en fonction de l'aide sociale, morale ou matérielle qu'elles peuvent recevoir pour l'élever.

A ce niveau de la discussion, on peut raisonnablement déduire que les personnes les plus concernées par l'enfant à naître doivent être celles qui sont le plus aptes à prendre une décision .

On peut également parler au nom de la qualité de vie.

Mais qu'est-ce que la qualité de vie ? Sur quels plans voulons-nous la rechercher ? Une limitation physique ou mentale diminue-t-elle la valeur d'un être humain ? Le prive-t-elle de ses autres possibilités ? On sait bien que non.

La qualité de vie peut passer, certes, par le progrès de la recherche médicale sur la prévention, le dépistage et le traitement des maladies et des handicaps qui peuvent en découler, elle passe aussi par une bonne santé générale, mais elle est conditionnée aussi par d'autres facteurs: une attitude d'esprit, la recherche de l'intégration normale des personnes handicapées, une plus grande justice sociale qui respecte les droits humains, des conditions de vie plus heureuses pour tous.

Sans vouloir vider la question, ajoutons que parmi ces droits, celui de l'information reste essentiel à toute prise de décision, à quelque niveau qu'elle doive se prendre.

La prévention et le dépistage peuvent poser des problèmes: il est indispensable que l'ensemble de la population soit en possession de toutes les données pour pouvoir les résoudre, sur le plan individuel ou collectif.

Enfin, n'oublions pas que la prévention et le dépistage est nécessaire sur bien d'autres plans que celui du diagnostic prénatal, même si un grand nombre de déficiences physiques ou mentales peuvent êtres prévenues au niveau de la conception, la grossesse et l'accou-

chement.

La santé des enfants de demain est fonction de celle des parents d'aujourd'hui."

A ce niveau, nous pouvons également affirmer que la santé des parents d'aujourd'hui dépend de tout un ensemble de facteurs relevant de leur mode de vie et de leur environnement. Prévenir les causes de handicap, c'est, d'une part, informer et éduquer les jeunes qui seront les "parents de demain" et les inciter à choisir des moyens de se "tenir en santé", et d'autre part, agir sur des facteurs qui, indépendamment de leur volonté détériorent leur milieu de vie et de travail et augmentent les risques de maladies, d'accidents ou de déficiences.

Dans une première partie, nous traiterons donc de la prévention dans la vie quotidienne: alimentation, maladies vénériennes, toxicomanies, problèmes de l'environnement ou nocivité de certains milieux de travail, risques d'accidents divers, etc.

Dans une deuxième partie, nous examinerons la prévention au niveau de la conception, la grossesse, l'accouchement et la petite enfance.

Nous espérons pouvoir démontrer la nécessité d'une planification globale de programmes de dépistage et de prévention.

I LA PREVENTION DANS LA VIE QUOTIDIENNE

1) UNE SAINE ALIMENTATION.

Nous mangeons trop, trop gras, trop salé, trop sucré,trop vite...et mal.

L'abus de féculents, de sandwichs, de graisses, de fritures, de pâtisseries et de sucre mène tout droit à l'obésité et augmente les risques de diabète, de maladies cardiaques, rénales, vasculaires et hépatiques.

Le problème d'une saine alimentation se pose dès le plus jeune âge. Il n'est pas certain que l'alimentation solide ou demi-solide précoce soit bénéfique pour le jeune bébé, dont le tube digestif n'est pas encore adapté à ce genre de nourriture. Le simple bon sens incite à penser que si la nature a doté les mammifères, dont nous sommes, d'un système de glandes mammaires, c'est que celles-ci sont importantes et utiles. La nourriture souhaitable d'un nourrisson, qu'on le veuille ou non, est le lait de sa mère, sauf avis contraire.

Nous ne mangeons pas suffisamment de poisson, de légumes verts, de fruits frais, de jus de fruits naturels. Avec le lait, le beurre, les oeufs, les germes de céréales, ces aliments assurent pourtant notre approvisionnement organique, non seulement en protéines mais aussi en vitamines naturelles et en sels minéraux.

Les carences en vitamines provoquent des troubles oculaires et nerveux, des difficultés d'assimilation de certains aliments, des problèmes de croissance, de dévelopement du squelette et même de stérilité.

Cependant, il faut se méfier d'une certaine publicité excessive concernant les vitamines synthétiques. On connaît la gravité des effets de l'hypervitaminose D, qui provoque des dépôts anormaux de calcium dans les artères, le coeur et les tubes rénaux, elle produit aussi, parfois, des diarrhées et des convulsions. L'excès de vitamine A cause des désordres dans l'assimilation des graisses et le fonctionnement de la thyroïde.[1]

Finalement, c'est une alimentation intelligemment équilibrée

qui garantit, mieux que le pharmacien, le bon équilibre et le bon fonctionnement de l'organisme.

Soyons optimistes ! Dans le secteur du "mieux manger", un certain nombre de réalisations positives existent déjà. On note un progrès très net dans le type d'aliments offerts par les cafétérias des écoles et de certaines administrations. La campagne de promotion du lait, et surtout celle du Ministère des Affaires sociales "Faut se tenir en santé", ont amené une certaine prise de conscience, face aux habitudes alimentaires.

Cette dernière campagne visait à changer ces habitudes, principalement pour prévenir: l'obésité, le diabète, les maladies coronariennes et cérébro-vasculaires, qui sont susceptibles de provoquer cécité, amputations, hémiplégies et autres handicaps.

Une enquête, réalisée par l'I.Q.O.P. et le Ministère des Affaires sociales, en 1979, révèle que, depuis 1978, un tiers des québécois a essayé de modifier son régime alimentaire. [2]

Résultat positif, surtout si l'on considère que la campagne d'information se situe au premier rang pour l'accueil du public, parmi douze autres campagnes analysées. Contrairement à l'opinion communément répandue, "bien manger" n'est pas toujours une affaire de revenus, mais d'information et d'éducation: une pomme ne coûte pas plus cher qu'un paquet de chips.

---

2) LA SANTE VENERIENNE.

Caractéristique de notre époque, la libération sexuelle a amené une dangereuse recrudescence des maladies de ce type, principalement la syphilis et la gonnorhée (blennorragie), qui se transmettent par des contacts sexuels, entre personnes du sexe opposé ou du même sexe.

Ces dernières années, 50% des cas de blennorragie touchaient des groupes de 15 à 25 ans. Dans l'ensemble, ce type de maladies atteignent des couches de population de plus en plus jeunes.

La syphilis

Ici, c'est la maladie vénérienne la plus grave. Elle commence par une petite lésion indolore, ou chancre, qui fourmille de germes transmissibles à d'autres personnes, non seulement par des rapports sexuels, mais aussi par l'usage commun d'objets infectés: verres, rasoirs, linge de toilette, etc.

Dans 35% des cas parvenus au stade ultime, la maladie évolue en complications graves: maladie de coeur, épilepsie, paralysie, méningite, cécité ou maladies mentales.

Une femme enceinte peut transmettre la maladie à l'enfant qu'elle porte. Il peut être contagieux dès sa naissance et/ou présenter des lésions neurologiques sérieuses, des altérations de la vue, de l'ouïe , ou des difformités congénitales. [3]

La syphilis est heureusement peu répandue et on fait beaucoup de dépistage. Mais étant donné la gravité de ses conséquences on comprend l'importance de la prévention et du dépistage précoce, spécialement chez les femmes enceintes.

Quoique l'on observe une résistance croissante du virus aux antibiotiques, traitée convenablement et précocement, la shiphilis guérit complètement et la santé des futurs enfants est préservée.

La blennorragie.

Elle est due à une bactérie qui ne peut survivre en dehors de l'organisme humain. La transmission par des objets infectés d'est donc pas à craindre. Cependant, la période d'incubation est très brève et la maladie extrêmement contagieuse.

Contrairement à la syphilis, les symptômes douloureux conduisent généralement les personnes atteintes à se faire examiner rapidement. Non traitée, la blennorragie peut infecter les organes génitaux et causer la stérilité. Elle peut également provoquer une éruption cutanée et une forme d'arthrite très douloureuse pouvant entraîner des déficiences permanentes.

La femme enceinte infectée peut contaminer les yeux du bébé pendant l'accouchement.! Un traitement immédiat s'impose pour éviter que le nouveau-né ne devienne aveugle. Dans les hôpitaux canadiens, on traite systématiquement les yeux de tous les nouveaux-nés pour éviter d'éventuelles complications.

Importance de l'information.

Devant l'importance des conséquences des maladies vénériennes, on ne peut que recommander une information intensive pour les mettre en garde contre de tels risques, leur fournir des informations pratiques sur les centres de dépistage et de traitement, les moyens de prévention simples que l'on peut prendre et les personnes-ressource auxquelles ils peuvent s'adresser, et qui sont liées par le secret professionnel.

---

3) LES TOXICOMANIES: TABAC, ALCOOL, DROGUES, MEDICAMENTS.

A. LE TABAC.

La méthode la plus répandue de l'utilisation du tabac au Canada est la cigarette, plus rarement la pipe ou le cigare. La fumée de la cigarette est composée de gouttelettes de goudron, d'un mélange complexe de gaz, de vapeurs, de nicotine et d'oxyde de carbone.

A court terme, la nicotine provoque la contraction des petites artères, élève temporairement la pression sanguine, accroît les battements du coeur. On enregistre une perte d'appétit dans presque tous les cas, ainsi qu'une baisse d'endurance physique. 4 Comme le danger, la dépendance de l'usager s'accroît avec l'usage.

"Abolissez la cigarette et vous réglez 90% des cas de cancer au poumon", déclare le Dr. Jacqueline Fabia, du Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval. La relation entre le cancer du poumon et l'usage du tabac est tellement claire, que, chez les femmes, dont l'habitude de fumer est beaucoup plus récente, le nombre de décès par cancer du poumon est monté régulièrement.

L'association tabac-alcool semble faire plus de ravages que chacun des éléments pris séparément. De même, la cigarette vient augmenter l'effet d'autres cancérigènes comme la poussière d'amiante.

10,000 Canadiens meurent chaque année de maladies dues à la cigarette, non seulement de cancers du poumon, de la bouche, du larynx et de l'oesophage, mais encore de crises cardiaques, de bronchite chronique et d'emphysème.[5] En effet, le tabagisme serait responsable de 27,7% des décès reliés aux maladies ischémiques cardiaques (l'ischémie est l'arrêt ou l'insuffisance de la circulation dans un organe) et de près de 89,4% des décès par le cancer des bronches et des poumons.

Fumer augmente aussi le nombre et la gravité des attaques chez les personnes souffrant d'asthme, de bronchite et de pneumonie.Le retrécissement des bronches et l'essouflement sont fréquents chez les gros fumeurs.

L'usage du tabac chez la femme enceinte est fortement à déconseiller: il entraîne une plus grande fréquence de naissances prématurées avec tous les risques qu'elles comportent, comme la paralysie cérébrale et la déficience mentale, et réduit le poids du bébé.

Comment supprimer l'usage du tabac ?

Selon le Dr. Fabia, il faudrait multiplier les lieux où il est interdit de fumer et faire respecter ces interdictions. Car il est maintenant prouvé que le fumeur altère non seulement sa propre santé, mais celle de son entourage.

La campagne anti-cigarette intensifiée ces derniers mois donne, semble-t-il, quelques résultats. Il faudrait non seulement la poursuivre, surtout dans les lieux d'éducation, mais aussi faire le lien entre les facteurs sociaux qui amènent l'individu à fumer: stress, socialisation des adolescents.

Au Québec, les hommes d'âge mûr délaissent la cigarette, par crainte, semble-t-il, des défaillances cardiaques. Mais la consommation du tabac augmente régulièrement chez les femmes et les jeunes, garçons et filles.

La diminution des conséquences néfastes de la cigarette est donc liée à l'implantation de programmes de prévention efficaces aussi bien au niveau de l'individu que des facteurs sociaux l'amenant à consommer du tabac.

B. L'ALCOOL.

"La modération a bien meilleur goût" prétend le slogan préventif de la Société des Alcools du Québec. Mais depuis 25 ans, le Québécois a vu sa consommation d'alcool "absolue" augmenter de 65%, ce qui entraîne une augmentation de 150% du taux d'alcoolisme dans la population, selon Statistique Canada.

La consommation annuelle d'alcool pur pour chaque Canadien de plus de 15 ans était de 11,7 litres en 1970.

Le Québec arrive en tête, au Canada, pour la consommation de bière et au troisième rang pour le nombre d'alcooliques.

Ce qui entraîne l'augmentation du nombre de cirrhoses irréversibles du foie, des psychoses dues à l'alcool, des maladies cardiaques et de quelques types de cancer de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'Oesophage dans lesquels l'alcool joue un rôle important.

L'alcoolisme est responsable de 60 % des accidents graves de la circulation. Combien de personnes, rescapées de ces accidents en ont malheureusementconservé des handicaps définitifs ?

L'alcoolisme des parents nuit à l'enfant dès sa conception, pendant la grossesse et après l'accouchement: malformations physiques ou déficiences mentales, risques plus fréquents d'avortement en sont les conséquences les plus fréquentes. La situation familiale perturbée par l'alcool peut également amener un manque de stimulation pour le développement de l'enfant, aggravant ou provoquant les déficiences mentales et les problèmes psychopathologiques.

Le Québec devrait débourser 250 millions de dollars pour corriger les conséquences de l'alcoolisme. On aimerait comparer ce chiffre aux profits réalisés par la Société des Alcools...

La prévention prend une importance particulière lorsqu'on sait combien la guérison d'un alcoolique est difficile. Différents groupements comme les Alcooliques Anonymes s'y emploient activement.

Par ailleurs, il ne faut pas confondre "ivresse" et "alcoolisme": une journée semée de "petits verres" par-ci par-là , deux apéritifs, un digestif... plus deux bières le soir, en regardant la télévision fait de ce consommateur-là un alcoolique, sans qu'il ait été jamais ivre. Mais son organisme ne s'y trompe pas.

Que faire ? Multiplier, là aussi, les incitations à la modération ? Comment "faire passer" le message ? Leur proposer des boissons saines et agréables non alcoolisées ? Faciliter l'accession aux sports, aux loisirs de plein-air ? Alors qu'ils sont surexposés aux messages publicitaires qui associent sports et détentes en plein-air à la consommation d'alcool ?

Peut-être les causes de l'alcoolisme sont-elles plus fondamentales, liées à la grisaille quotidienne et à l'ennui de tâches répétitives, au stress, au chômage, au bien-être social, à une situation familiale perturbée, d'une part, et, d'autre part à un conditionnement social et mondain qui fait de la consommation d'alcool un rituel de connaisseur, la présentant comme signe d'affirmation de soi, de virilité ou de libération ? Causes psychologiques, sociales ou autres, le problème de la prévention de l'alcoolisme reste posé.

C. LES DROGUES.

Ceux qui prétendent que l'usage des drogues "ce n'est pas pire que l'alcool ou le tabac" revendiquent, en fait, un plus grand éventail de moyens de s'empoisonner, de multiplier les causes de handicaps et de compromettre leur propre santé, mais,parfois, celle de ses enfants.

La variété de drogues disponibles est impressionnante, et nombre d'entre elles sont utilisées comme médicaments. On peut les classer en trois catégories, selon qu'elles agissent comme dépresseurs de l'activité du système nerveux (alcool, narcotiques, analgésiques, héroïne, etc), comme stimulants (caféine, nicotine, amphétamines, cocaïne,etc), ou comme perturbateurs (hallucinogènes,L.S.D.,

dérivés du cannabis, solvants volatils,etc).[6]

Le nombre de consommateurs, malgré le silence dont on entoure maintenant la consommation de drogues, s'accroît pourtant sans cesse. Quelques statistiques le démontrent :[7]

-la consommation de cocaïne aurait augmenté entre 400 à 600%, au Québec, depuis dix ans, d'après l'inspecteur Favreau, de la Brigade des stupéfiants de la Gendarmerie Royale.

-d'après un sondage réalisé auprès d'étudiants de 14 à 18 ans, en 1969, 5% d'entre eux fumaient de la marijuana, 58% , de l'alcool. En 1976, 18% prennent de la marijuana, 81% , de l'alcool.

L'âge moyen des consommateurs a baissé de 17 ans à 13 ans et ½. Le taux de toxicomanes a doublé, dans l'ensemble, mais le plus grave est surtout qu'il y a eu augmentation de la consommation des drogues "dures", et augmentation du mélange de drogues, soit parceque le consommateur alterne avec des produits différents, soit parce que les producteurs de drogues illégales adultèrent le produit en y introduisant des substances pouvant créer une plus grande accoutumance, afin d'accrocher le client ou pour augmenter le poids de la drogue. Les effets de ces mélanges sont meurtriers: s'il y a une dizaine de décès annuels provoqués par l'héroïne ou la cocaïne, il y en a un millier provoqués par des drogues adultérées ou par le mélange de drogues.

La conséquence la plus remarquée et vérifiée, jusqu'à présent, de l'abus de drogues est qu'elle entraîne des désordres mentaux de diverse gravité, ou accentue ceux qui existaient déjà , de manière passagère ou permanente. Comme l'alcool, la drogue est responsable d'un nombre non quantifié d'accidents ou d'actes violents pouvant provoquer divers handicaps.

On étudie actuellement d'autres effets : s'il a été vérifié que le L.S.D. détruit des cellules du cerveau et peut entraîner des lésions génétiques sur les enfants des usagers, on analyse actuellement des effets que le cannabis produirait sur les spermatozoïdes des grands consommateurs: anomalies des formes et réduction de leur nombre.

Les nouveaux-nés de mère narcomane naissent eux-mêmes intoxiqués.

La prévention la plus radicale serait celle qui pourrait arrêter le traffic de drogues à la base, ce qui est apparemment irréalisable. Quant à l'intervention auprès des consommateurs, elle pose les mêmes problèmes que le tabac ou l'alcool. Comme l'alcoolique, le toxicomane a des problèmes émotifs que l'influence de son milieu de vie peut compliquer.

Il existe déjà un projet de programme d'intervention préventive qui pourrait s'adresser des dernières classes du cours primaire aux étudiants du secondaire et des C.E.G.E.P. Encore faudrait-il pouvoir agir également sur les innombrables aspects sociaux qui accentuent les problèmes émotifs de certains individus et les poussent vers des dérivatifs comme la drogue, les médicaments ou l'alcool, ou redonner un sens à l'éducation, pour que les personnes puissent trouver de meilleures ressources en elles-mêmes et dans leur propre imaginaire, plutôt que dans celui que provoque un hallucinogène.

D. L'ABUS DE MEDICAMENTS.

La surconsommation de médicaments est un phénomène qui augmente au Québec comme dans tous les pays développés: elle est directement responsable de 11,000 cas d'intoxications sur un ensemble de 18,000, en 1975, et de 147 décès cette même année. Les plus dangereux sont aussi ceux pour lesquels on délivre le plus d'ordonnances: les médicaments du système nerveux central (39% des cas d'intoxication). En 1974, le Dr. Albert Nantel, du centre de Toxicologie du CHUL a constaté que sur 1625 cas d'empoisonnements, 590 étaient des médicaments obtenus sur ordonnance et 362 à des produits en vente libre. Les analgésiques-antipyrétiques (15% des empoisonnements), les médicaments de l'appareil respiratoire (11%), les suppléments diététiques (8%), les médicaments à action locale (7%) et gastro-intestinaux (6%) complètent la série des principaux médicaments responsables d'empoisonnements. [8]

Quoique la question soit controversée, l'emploi de certaines hormones synthétiques comme celles qui composent la pilule anticonceptionnelle provoquerait dans certains cas des troubles sérieux de la circulation veineuse.[9] De toutes manières, chez les femmes enceintes tout médicament est déconseillé.

4) LES RADIOGRAPHIES.

Il n'est pas question de nier l'utilité ni la nécessité des radiographies, mais d'attirer l'attention sur leur multiplication intempestive et sur la manipulation des Rayons X par du personnel qui n'est pas toujours qualifié. Les Québécois sont ceux qui subissent le plus de radiographies en Amérique du Nord.

Le Dr. Erwin Bros est formel: l'incidence de la leucémie et des dommages génétiques augmente avec les doses reçues et il y a risque de bris de chromosomes, c'est à dire que la descendance peut être définitivement affectée de lésions ou de modifications imprévisibles et permanentes.

Or, il semble bien que 9 sur 10 des radios sont inutiles, mais cela calme, paraît-il, l'anxiété des patients et celle du médecin.

Certains dentistes multiplient les radios, surtout chez les enfants. Si le faisceau est trop large ou mal dirigé, la glande thyroïde risque d'être irradiée. Or les hormones thyroïdiennes agissent à plusieurs niveaux particulièrement importants:

-sur le métabolisme général

-sur la croissance de l'individu

-sur le développement mental et l'utilisation des acquis intellectuels déjà existants.

D'autre part, lorsqu'il s'agit de radiographies des hanches ou du bassin, les organes génitaux devraient être protégés par un cache plombé pour prévenir les accidents génétiques. Et les femmes enceintes devraient absolument éviter les radios.

Quelles mesures préventives peut-on préconiser ?

Les personnes concernées pourraient toujours poser à leur médecin, leur dentiste ou leur chiropraticien, des questions sur la réelle utilité de la radio qu'il lui prescrit. Mais une sensibilisation plus poussée des professionnels devrait être prévue, ainsi que des normes et règlements d'utilisation des Rayons X et de mesures de sécurité à respecter. Les techniciens en radiologie proposent un "carnet de cumul" pour les patients, où seraient inscrits tous les examens radiologiques. Cette mesure cependant ne suscite guère d'enthousiasme.

5) MILIEUX DE VIE NOCIFS.

Notre milieu de vie actuel contient une quantité de facteurs susceptibles de provoquer maladies, déséquilibres psychiques et handicaps. Ici, la prévention se traduirait par le souci d'améliorer les différents agents de la vie moderne qui vont à l'encontre des choix fondamentaux de l'être humain et qui contribuent à sa destruction ou bloquent son développement. Quelques-uns de ces aspetcs méritent d'être soulignés.

A. LES TENSIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE.

Le rythme accéléré de la vie quotidienne, le stress, la compétition, l'éclatement de certaines valeurs, l'instabilité économique, politique ou sociale sont des facteurs de tension dans la vie de chacun de nous.

Selon une étude faite dans la région de Québec[10], 21,4% des hommes entre 35 et 64 ans étaient identifiés comme hypertendus.Une projection de ces statistiques à l'échelle du Québec représenterait environ 200,000 personnes placées automatiquement dans la catégorie des gens risquant de subir des accidents cardiaques ou cérébro-vasculaires, dont les conséquences peuvent être très lourdes.

On peut se demander si l'éclatement des rôles sociaux et l'émancipation des femmes entraîneront des risques analogues pour la population des femmes, jusque là moins affectées. Il semble que oui, surtout si l'on considère que la majorité des femmes qui travaillent doivent mener le bon ordre de la maison et le soin des enfants en plus de leurs tâches professionnelles, ce qui représente un fardeau de responsabilités nettement plus élevé que celui de beaucoup d'hommes.

Par ailleurs, le rythme trépidant de la vie actuelle, surtout dans les grandes villes, n'est guère favorable à la détente réelle et à la relaxation, pourtant indispensables au maintien d'une bonne santé. Faute de se ménager du temps de repos et de prendre un peu de distance par rapport à une société de consommation qui pousse les gens à aller de plus en plus vite et à produire et dépenser de plus en plus, beaucoup de gens finissent par sombrer dans la

maladie mentale ou à se réfugier dans la consommation excessive de drogues, d'alcool, de tranquillisants, avec tout son cortège d'effets néfastes.

La monotonie de la vie quotidienne, l'ennui, l'excès de confort et l'absence totale de danger ne valent pas mieux pour le psychisme; d'où des réactions de révolte qui conduisent des personnes, jeunes, le plus souvent, à rechercher des situations de danger et de risque, particulièrement dans le domaine des sports ou de la conduite automobile.

B. LA VIOLENCE.

Pour le moment, le Québec n'est impliqué dans aucune guerre, avec les massacres qu'elle implique, ni aux prises avec des pratiques barbares de plus en plus utilisées dans de nombreux pays, comme la torture. Mais ce sont là deux causes importantes, dans le monde, de l'augmentation vertigineuse du nombre de personnes handicapées physiquement ou mentalement, comme l'O.N.U. a tenu à le souligner dans le cadre de l'Année internationale des personnes handicapées. On ne saurait être assez vigilant pour éviter que de tels désordres ne se produisent chez nous et sensibiliser la population à la question du respect des droits humains fondamentaux.

La violence et la vie familiale.

Chez nous, la violence est dans la rue, peut-être, mais surtout dans la famille: on ne peut ignorer le problème des femmes battues ou brutalisées par leur conjoint, ni celui des enfants battus, blessés, traumatisés tant physiquement que mentalement dans leur propre famille.

Notons à cet égard que la Loi sur la protection de la jeunesse (Loi 24) fait un devoir à toute personne qui a connaissance de mauvais traitements infligés à un enfant, d'en informer les autorités.

Une aide psycho-sociale appropriée peut avoir de bons résultats dans de tels cas. Ainsi, la consultation de spécialistes en interventions psychologiques ou psychosociales (travailleurs sociaux, psychologues, psychiâtres) peut être un moyen d'améliorer le climat d'une famille perturbée par des problèmes psychologiques.

On pourra ainsi diminuer la gravité des traumatismes résultant d'un tel climat, surtout chez les enfants, car ils entravent leur développement intellectuel et sont à la source de nombreuses maladies mentales immédiates ou ultérieures.

Mais trop souvent, les problèmes familiaux sont liés à des facteurs qui débordent le cadre de la cellule familiale. Même si l'on sait que la violence dans la famille existe dans toutes les classes sociales, il est démontré que pauvreté, chômage, promiscuité des logements, pénurie de ressources diverses, liés à un bas statut socio-culturel réduisent les défenses de l'individu: les gens pauvres sombrent plus souvent que les autres dans la maladie mentale, surtout dans la psychose, alors que dans les classes plus élevées les troubles mentaux légers sont plus fréquents. A l'heure actuelle, on peut évaluer à plus de 15% de la population active la proportion de gens recevant des soins psychiâtriques.

Les C.L.S.C. (Centres locaux de services communautaires), les C.S.S. (Centres de services sociaux), la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, la Corporation des Médecins du Québec, les hôpitaux, etc. peuvent offrir des soins psychologiques ou diriger les personnes qui ont besoin de tels soins vers les endroits où les services nécessaires sont disponibles.

Il faut mentionner toutefois que l'accès à de tels services est parfois difficile, que l'efficacité de beaucoup de méthodes thérapeuthiques parmi les plus courantes est loin d'être démontrée, et que, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'accent devrait porter bien d'avantage sur les programmes de prévention.

Le Ministère des Affaires sociales s'interroge actuellement sur les possibilités de développer la recherche dans ce domaine, sur laquelle des programmes de prévention pourraient s'articuler.

Le Comité de la santé mentale du Québec, pour sa part, a mis sur pied trois sous-comités d'études. Leurs champs d'investigation sont: l'autisme, les enfants en milieu de garde et le suicide. Ces sous-comités devraient proposer au ministre des orientations par rapport à ces réalités.

Dès 1973[11] on constatait que les services en charge de la santé mentale étaient plus conscients de la maladie mentale que de programmes de prévention et on recommandait que la direction de cette opération soit prise au niveau gouvernemental et se traduise par des faits concrets.

En Décembre 1980, sept ans plus tard, tous les intervenants que nous avons interrogés, y compris le responsable de la programmation en santé mentale au M.A.S., le Dr. Amyot, nous ont confirmé que cette volonté politique demeurait, mais que l'initiative restait aux intervenants du milieu, particulièrement aux Départements de santé communautaire (D.S.C.) et aux Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) existants. Cependant, seulement 82 C.L.S.C. sont implantés sur 250 prévus; et le Département de santé communautaire doit non seulement pallier l'absence de C.L.S.C sur son territoire, mais ils détiennent le mandat de la prévention en santé générale et de la prévention en santé du travail,alors qu'ils disposent de moyens fort limités. Par exemple, le C.L.S.C. Maisonneuve, avec 412,000 de population ne reçoit que 10% du budget de fonctionnement de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, et le budget total qui est alloué à l'ensemble des C.L.S.C. ne dépasse pas celui de ce seul hôpital. Les soins curatifs, en fait,l'emportent sur les programmes de prévention.

Soulignons pourtant quelques efforts entrepris de ci de là dans le domaine de la santé mentale, particulièrement auprès des enfants et des adolescents.

En premier lieu: l'implantation d'un programme de prévention dans un D.S.C., soit celui de l'hôpital du Haut-Richelieu de Saint-Jean[12] avec une population-cible comprenant: les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les foyers en état de crise et les enfants de malades mentaux, ainsi que les professionnels de la santé et la population en général.

Un champ d'intervention important est celui de la famille et de son environnement. Le Programme de sensibilisation à la vie familiale de l'Association Canadienne pour la santé mentale s'articule sur l'observation "in vivo" par les parents des réactions

et des comportements en société de leurs enfants; cela sur une période de dix semaines. Chaque séance d'observation est suivie d'un travail en groupe par les parents sur leurs réactions,leurs émotions et leurs perceptions, avec l'aide d'un moniteur.

Mis sur pied en 1969, il aurait rejoint plus de 3,000 familles. Ses objectifs sont le dépistage des troubles de comportement chez les jeunes enfants, la prévention des problèmes familiaux et des troubles mentaux chez les participants. Dans la perspective actuelle de l'implantation de plus en plus concrète de nouveaux modèles familiaux, comme les familles monoparentales ou polyparentales, on ne peut que souhaiter l'adaptation de ce programme aux nouvelles réalités, ou l'éclosion de programmes similaires pour ces nouvelles clientèles. Mentionnons l'action des associations des familles monoparentales qui exercent une forme de prévention auprès de leurs membres.

En santé mentale, les programmes intervenants sur le milieu nous apparaissent pertinents dans la mesure où ils tiennent compte de la globalité de l'individu et de son environnement et aussi parce qu'ils font contrepoids à l'approche curative encore fortement imprégnée du modèle médical essentiellement individualisé.

La pratique de la thérapie familiale, de l'approche en terme de système ou des interventions de réseau qui sont des modes d'intervention visant le milieu autant que l'individu sont encore marginales dans nos institutions de soins. Peu de psychiatres, surtout en milieu francophone, se sensibilisent à ces approches. Est-ce par insécurité ? Par crainte de perdre leur pouvoir d'intervention ? Par suite d'une formation universitaire différente qui leur fait conserver l'approche diagnostique ? Il est certain que la pratique privée et l'isolement de la plupart des spécialistes en intervention psychologique ou psychiatrique ne favorisent pas ces approches thérapeuthiques collectives. A moins que ce ne soit le mode de rémunération à l'acte, qui, lui aussi, favorise l'approche individuelle.

Toutes ces questions trouveraient peut-être une réponse dans l'échange et la communication entre les différents intervenants.

Il se pourrait que, de leur côté, les personnes concernées - telles ces associations d'ex-patients psychiatriques à Montréal et à Québec - puissent se mobiliser pour remettre en question les praticiens et leurs interventions.

Toutefois, espérons qu'ils ne se laisseront pas "piéger" par des accusations de "résistance au traitement" ou de "pulsions agressives envers le père symbolisé par le thérapeuthe" destinés à désamorçer leur action !

La violence criminelle.

Il ne faudrait pas oublier la violence criminelle: agressions, viols, attaques à mains armées, tentatives de meurtre, etc. Les victimes de tels actes en restent parfois marquées pour la vie psychologiquement ou physiquement.

En 1979, 671 demandes de prestations ont été approuvées et les dépenses aux fins de l'indemnisation des victimes ont représenté 4 264 860, 16 $; sur cette somme, 47,9% soit 2 041 270, $ allaient aux indemnités pour incapacité permanente et aux rentes aux personnes à charge.[13]

La prévention de ce genre de violence s'inscrit dans la lutte contre la criminalité dans son ensemble, mais celle-ci passe tout autant par la Loi pour favoriser le civisme (entrée en vigueur en décembre 1977) que par la prévention, au niveau psycho-social, des principaux facteurs sociologiques favorisant la criminalité, et qui ne sont pas simples à résoudre...

Violence dans les sports et les loisirs

Les sports et les loisirs constituent des exemples de violences socialement acceptables, mais qui contribuent régulièrement à l'augmentation des effectifs des personnes handicapées.

Non seulement chez les anciens boxeurs, joueurs de hockey ou de football handicapés,à la suite d'un accident sportif, qui se comptent par dizaines, mais aussi parmi les amateurs: fractures, lésions médullaires, traumatismes crâniens graves, peuvent entraîner divers handicaps, tels la paraplégie, par exemple.

Nous retrouverons les conséquences accidentelles de plusieurs activités à caractère sportif -conduite de voitures,motos et motoneiges- sous la rubrique des accidents automobiles.

Qu'il suffise de souligner pour le moment, que la prévention de la violence dans les sports rejoint l'éducation. En plus d'améliorer l'équipement sportif, il faudrait que les instructeurs travaillent à bannir toute action visant à blesser délibérément un adversaire. Et cette éducation devrait peut-être commencer chez les parents de jeunes joueurs de hockey! Dans le contexte actuel où les valorisations "viriles" ne passent que par des manifestations de brutalité - dont le cinéma et la télévision nous donnent le spectacle quotidien- cette entreprise de rééducation ne pourrait avoir d'efficacité que par un changement radical des valeurs en cours... on peut toujours rêver !

C. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES.

Le Bureau international du travail considère les accidents du travail et les maladies professionnelles comme "la tragédie humaine la plus effroyable de l'industrie moderne". Vision alarmiste en ce qui concerne le Québec? Quelques chiffres vont vite nous convaincre:

Entre 1973 et 1977, pour un nombre total de 2 480 000 travailleurs, il y a eu 1 343 215 accidents et maladies professionnelles sur lesquels 38 629 ont provoqué une incapacité permanente ou partielle (I.P.P.T.), dans le seul Québec. [14]
Au 31 décembre 1979, 30 512 travailleurs recevaient des prestations pour incapacité permanente, [15] ce qui représentait 130 300 000 $ sur un total de 561 200 000 $ versés par la Commission des accidents du travail dans le courant de l'année, pour assistance médicale, incapacité temporaire, incapacité permanente et décès. [16]

Ces chiffres ne relèvent que des cas ayant donné lieu à indemnisation par la Commission des accidents du travail (l'actuelle Commission santé et sécurité au travail). Or, en 1977, seulement 15% des demandes d'indemnisation pour pneumocomioses et 63% des demandes pour surdité avaient été reconnues pour fins d'indemnisations. [17]

D'après F. Ouellet, de l'Institut de recherche appliquée sur le travail,[18] il faudrait ajouter à ces chiffres les nombreux cas d'accidents avec blessures qui ne sont pas déclarés, soit parce que certaines industries persuadent les travailleurs de ne pas le faire, soit parce que des milliers de travailleurs subissent des accidents qui n'entraînent pas d'invalidité au-delà de la journée, soit encore parce que de nombreux accidents n'entraînent pas de blessures, par un heureux hasard qui ne saurait cacher le mauvais état de certains équipements. "Pourtant, pour le Comité syndical de santé et sécurité au travail, les accidents avec ou sans blessures doivent être considérés comme étant d'égale importance au point de vue de la prévention, car c'est en supprimant les causes de tout accident, quel qu'il soit, qu'on parviendra graduellement à assainir le milieu du travail." conclut-il. [19]

En ce qui concerne le nombre de maladies professionnelles non reconnues par la Commission de santé et sécurité au travail - et par conséquent non compilées dans les statistiques - il faut savoir que beaucoup d'entre elles sont non-évolutives, ou aggravent d'autres maladies existantes, et que, dans une grande majorité des cas, on ne les relie pas automatiquement aux conséquences néfastes du travail, surtout en ce qui concerne les travailleurs les plus âgés. Il en va de même en ce qui concerne le taux de décès imputable aux suites de ces maladies professionnelles. D'après toutes ces constatations- Florian Ouellet estime qu'il y a au Québec, annuellement un million de cas d'accidents et de maladies professionnelles.

Certains secteurs sont particulièrement dangereux. Qu'on en juge d'après le nombre d'incapacités permanentes résultant d'accidents, au cours de l'année 1976: sur un total de 8 835 cas indemnisés, il y en a 508 qui proviennent du secteur de la forêt, 1 535 du bâtiment et des travaux publics, 357 de l'industrie du bois, 532 de l'industrie du métal, 366 des mines et carrières. Proportionnellement au nombre de travailleurs de chacun de ces secteurs d'activité économique, ce sont là les taux les plus élevés, qui vont de 37,4 pour 1 000 travailleurs (pour la forêt) à 14,5 pour 1 000 (pour les mines et carrières). [20]

Amputations, énucléations, paraplégie, commotions cérébrales et hémorragies, lésions multiples, effets des radiations: voilà plusieurs résultats des accidents du travail entraînant une incapacité permanente.

Parmi les maladies professionnelles les plus graves,il y a:la surdité, les atteintes pulmonaires, (amiantose, silicose), les lésions du système musculo-squelettique, les maladies infectieuses et parasitaires - quoique ces dernières aient regressé en 1979-.

Quelles sont les causes d'une si déplorable situation de la santé au travail, responsable d'un si grand nombre de handicaps dans la population?

Elles sont multiples et leur action se conjugue. Comme l'explique Florian Ouellet, lorsqu'on prétend que 90% des accidents du travail sont dûs au comportement du travailleur, on oublie d'expliquer ce qui agit sur ce comportement: appareillage utilisé, conditions de travail et nature même de l'occupation, relations de travail, toxicité de l'environnement.

Les machines ne sont pas toujours aussi sécuritaires qu'il le faudrait, pour ne pas augmenter leur prix: la prudence exigera du travailleur une attention permanente, afin de ne pas se blesser. Or une concentration soutenue est impossible à maintenir pendant toute la durée de la tâche.

L'usure du matériel demande plus d'efforts de la part du travailleur, afin de maintenir le rythme de productivité: bris de machines et fatigue accrue augmentent le risque d'accidents, ainsi que toute accélération de la cadence des machines pour compenser une perte de temps dans la production.

L'environnement bruyant, chaud, mal éclairé, humide, poussiéreux ou toxique perturbe le comportement des travailleurs, la coordination des gestes, leur concentration, tout en provoquant surdité, maladies pulmonaires, et autres malaises qui nuisent à leur santé générale, tout en augmentant de manière significative les risques d'accidents.

Des facteurs de relations de travail, comme l'attitude des contremaîtres, ont aussi une incidence caractéristique sur le nombre d'accidents.

D'une manière générale, le travail et les conditions dans lesquelles il s'effectue sont les principales causes de détérioration des fonctions vitales: on parle surtout de la surdité et des atteintes pulmonaires, mais "le foie, les reins, la peau, le sang, le coeur, les voies respiratoires, le système nerveux, etc. font l'objet d'agressions tout aussi sévères et fatales que l'amiantose, la silicose et la surdité professionnelle." constate Florian Ouellet.

Indemniser les travailleurs, augmenter les salaires assurables, étendre l'admissibilité du régime des prestations à tous les salariés, prévoir des programmes de réadaptation des victimes de lésions professionnelles, sont des mesures nécessaires, mais insuffisantes.

Aussi la nouvelle loi du Québec sur la Santé et la sécurité du travail (LQ 79, chap. 63) sanctionnée le 21/XII/79 se propose-t-elle d'éliminer tout danger à la source et prévoit un certain nombre de mesures concernant la prévention ou le dépistage.

Mais tous les articles de la loi ne sont pas encore en vigueur. Parmi ceux qui le sont, certains permettent de prendre des mesures urgentes dans l'attente de l'implantation du programme de prévention à long terme.

Citons-en deux (2): Le droit, individuel ou collectif, du refus de travailler si l'on se considère en danger, est beaucoup mieux défini.

Le retrait préventif: un travailleur muni d'un certificat du médecin de l'établissement, reconnaissant que certains contaminants altèrent sa santé, peut être affecté à d'autres tâches moins nocives pour lui, le temps de se rétablir suffisamment pour reprendre son poste.

Quand on sait que les maladies professionnelles mettent environ 5 ans à se manifester et qu'elles sont évolutives, on ne peut s'empêcher de convenir que les mesures visant à supprimer la nocivité de la tâche seront bien plus décisives que le retrait préventif du travailleur, menacé de perdre son travail et sa santé s'il ne se rétablit pas "suffisamment" pour reprendre son poste.

La loi prévoit l'implantation de programmes de santé d'un établissement compris dans un programme de prévention à long terme sous la responsabilité des employeurs et du comité paritaire de Santé et Sécurité du travail.

Mais la commission de Santé et Sécurité du travail doit encore déterminer qui va devoir avoir un programme de prévention et d'adaptation à des normes de sécurité (qui ne sont pas encore édictées) elle doit encore établir les règlements sur les droits et les obligations des employeurs et des individus; le programme d'opérationnalisation sur le plan médical, celui de la prévention et de la santé n'est pas encore établi.

Ce seront les centres hospitaliers ayant des programmes de santé communautaire avec les C.R.S.S.S. qui s'engageront à mettre en application le programme; mais l'élaboration de ce programme est de la responsabilité de la Commission Santé et Sécurité du travail avec approbation du M.A.S. et il reste à faire.

Par rapport aux lois antérieures, les principaux avantages de celle-ci est de régionaliser les services de la CSST et les unifier sous une même direction.

En attendant que cette loi fasse ses preuves dans le domaine de la prévention et du dépistage, il faudrait que l'information systématique des travailleurs sur les risques encourus dans leur milieu de travail, ainsi que l'incitation à se prévaloir de leurs droits et à recourir à des examens médicaux dès les premiers symptômes de malaises ressentis, devraient faire l'objet de véritables campagnes de sensibilisation. Les syndicats ont déjà démontré l'efficacité de l'information auprès des travailleurs, notamment en ce qui concerne le bruit et l'amiantose; des actions plus soutenues sont cependant nécessaires.

D. LES ACCIDENTS AUTOMOBILES.

Les accidents de la circulation -en ville et sur la route, qu'il s'agisse de piétons ou d'automobilistes, motocyclistes ou "motoneigistes"- sont responsables de plus de 50% des handicaps majeurs chez les adultes.

L'augmentation du nombre d'accidents automobiles est évidemment proportionnelle au nombre de véhicules: de 1955 à 1976, le nombre d'accidents mortels passe de 616 à 1,382, celui des accidents avec blessures corporelles, de 11,840 à 30,390; leur nombre total (incluant les accidents avec dommages matériels seulement) augmentant de 79,502 à 168,486.

Leur diminution, encore légère, mais perceptible depuis 1974 sembleraient résulter de l'imposition des nouvelles limites de vitesse. Quant au port obligatoire de la ceinture de sécurité, il a pu réduire les conséquences des blessures et lésions entraînées pas des accidents graves, notamment au niveau des fractures de la colonne vertébrale.

Les causes des accidents sont multiples. On sait que 38,2% des accidents ayant entraîné des décès ont impliqué directement des conducteurs en état d'ivresse. Les tests ne permettent pas de déceler avec autant de précision le nombre de conducteurs en état de surmenage ou de stress ou sous l'effet de drogues et/ou de médicaments. Parmi les autres facteurs où intervient le comportement humain, on doit souligner l'âge du conducteur et son sexe (les jeunes produisent plus de 25% des accidents, alors qu'ils représentent moins de 20% des conducteurs, et les hommes, plus de 88 % des accidents,alors qu'ils constituent moins de 66% des conducteurs).

La vitesse, le beau temps, les heures de pointe"provoquent" plus d'accidents, paradoxalement, que le mauvais état des routes, ou que des jours de verglas, qui augmentent la vigilance des conducteurs et ne provoquent que des accidents mineurs avec dommages matériels seulement la plupart du temps. En ce qui concerne la vitesse, précisons toutefois qu'elle affecte surtout les accidents survenus sur la route -et particulièrement sur les routes où la limite de vites-

se est de 50 km/h; en ville, les accidents les plus graves -qui impliquent en outre des piétons- ont pour constante la densité de la circulation et les heures de pointe.

Parmi les victimes des accidents automobiles, plus du tiers étaient des conducteurs, un peu moins du tiers des passagers; les piétons représentent 20% des personnes tuées, les motocyclistes, 7% et les cyclistes et conducteurs de motoneiges 4%. Bien que des statistiques portant sur le nombre de personnes handicapées ne sont pas encore disponibles à la Régie d'assurance automobile,d'après la répartition des cas référés en réadaptation selon le type de blessure, du ler février au 30 septembre 1980, nous obtenons le portrait suivant des blessures les plus graves: fractures graves: 607, paraplégie et quadraplégie: 38, traumatismes craniens:175, autres blessures (amputations, polytraumatisés...): 236, ce qui donne au total 1,056 personnes, sur lesquelles 559 ont entre 16 et 30 ans.

Le programme de prévention des accidents automobiles doit comprendre, sans doute, une information sur les principales causes des accidents et des moyens de les éviter, ce qui est actuellement fait par une incitation à la limitation de la vitesse, au port obligatoire de la ceinture, à la non-consommation d'alcool, etc. Mais il faudrait également des mesures plus concrètes de "dépistage" des facteurs de risque: au niveau des conducteurs, un plus grand contrôle des permis de conduire, trop facilement délivrés, ou du système des points de démérite, ou du contrôle réel des infractions au code de la route, plutôt que de concentrer les efforts de la police en des activités plus rentables, comme les contraventions pour stationnement interdit: une voiture arrêtée n'a jamais tué personne, mais elle enrichit certainement les municipalités plus directement.

Enfin, il y aurait peut-être lieu de développer les transports en commun, pour réduire la densité de la circulation, responsable de la plupart des accidents. Tant que les transports en commun n'auront pas un réseau suffisant pour relier les banlieues aux centres urbains et que ceux-ci continueront à subir l'assaut des véhicules motorisés, les risques d'accident resteront sensiblement les mêmes.

CHAPITRE II.

II. LES RESPONSABILITES PARENTALES.

Mettre un enfant au monde est une aventure qui, pour naturelle qu'elle soit, comporte certains risques. Ce sont ces risques que nous devons tendre à minimiser dans la mesure du possible.

La décision d'avoir un enfant.

Un couple, une femme, peuvent souhaiter donner la vie à un enfant, se prolonger dans leur descendance, c'est bien normal. D'autres peuvent décider, pour des raisons tout aussi valables, de ne pas en avoir.

La prudence voudrait qu'un couple, marié ou non, qui désire un ou plusieurs enfants, passe un examen médical avant même la conception de l'enfant. En fait, cet examen serait indiqué aussitôt que la femme cesse de prendre des contraceptifs. Il est recommandé particulièrement dans les cas

-de consanguinité rapprochée (union entre cousins) qui multiplie les risques d'anomalies héréditaires.

-d'existence, dans la famille immédiate des deux conjoints, d'enfants nés handicapés physiques ou mentaux.

Cet examen permet de dépister une série de facteurs pouvant entraîner maladies, risques de décès prématurés, anomalies génétiques ou déficiences possibles des enfants, donc de prendre la décision d'en avoir ou pas, avant même la grossesse, décision toujours plus difficile à prendre après, puisqu'elle pose la question de l'avortement.

Dans les faits, l'examen pré-parental est rare. Une libération des moeurs a amené une généralisation des expériences sexuelles dès l'adolescence et un nombre croissant de grossesses accidentelles.

Les cours d'éducation sexuelle sont souvent inefficaces, parce que trop abstraits et trop vagues. Les jeunes auraient besoin

d'informations précises et concrètes adaptées à leurs attentes, comprenant un exposé des méthodes de contraception, leurs avantages et leurs inconvénients, des conseils concernant la santé vénérienne, des explications pratiques sur les cycles menstruels, les périodes normales de fécondation, les services où l'on peut s'adresser quand on pense être atteint de maladies vénériennes, où et comment obtenir des contraceptifs, où trouver des personnes compétentes et compréhensives en cas de grossesse non désirée, etc.

Ces informations pourraient être données par des cours, ou disponibles dans des centres permanents afin qu'ils puissent les trouver quand ils en ont besoin, ce qui permettrait aux jeunes qui ne vont pas au delà du secondaire d'y avoir également accès.

Les futures mères, parmi les plus jeunes, ne réalisent pas toujours qu'elles sont enceintes avant le deuxième ou le troisième mois. Certaines peuvent continuer à prendre des pilules contraceptives, ce qui n'arrange ni leur santé, ni celle du foetus !

L'immaturité ou l'inconscience des couples, leur instabilité ne favorisent pas une prise de conscience claire des responsabilités parentales.

C'est en somme toute une éducation qui devrait tendre à dédramatiser la vie sexuelle, à la présenter d'une façon saine et positive, à fournir informations et moyens pour éviter autant que possible les expériences traumatisantes et souvent désastreuses pour la santé des jeunes concernés.

LES EXAMENS PRENATAUX.

Que la grossesse soit prévue ou non, un retard de plus de dix jours dans les règles, les nausées matinales, l'aversion pour certains aliments ou pour le tabac signifie pour le plus grand nombre de femmes le début d'une grossesse.

A ce moment, la future mère doit rencontrer son médecin,son gynécologue ou son obstétricien, et si celui-ci n'y pense pas, exiger que cette première visite s'accompagne des examens pré-nataux qui sont très importants.

L'examen général et gynécologique, l'analyse de sang et d'urine, permettent de prévenir des complications ultérieures, de corriger certaines déficiences, de déceler des anomalies génétiques quand celles-ci n'ont pas été identifiées antérieurement.

On peut examiner ainsi:

-La tension arterielle: si elle est trop élevée, elle peut aboutir à une toxémie (intoxication de l'organisme conduisant à des crises convulsives) dans les trois derniers mois de la grossesse. Celle-ci peut provoquer sur l'enfant une hémorragie cérébrale prénatale, cause de paralysie cérébrale ou de déficience mentale.

-Le fonctionnement et le rythme cardiaque ainsi que l'état des poumons.

-Le fonctionnement des reins , de la vessie et de la glande thyroïde: les infections des reins, de la vessie et l'insuffisance thyroïdienne sont, entre autres, des causes d'affaiblissement de l'enfant, de naissances prématurées, avec tous les risques qu'un tel accident comporte.

-L'état de l'utérus, la position des ovaires et des trompes.

Les différents test permettent de détecter:

-Des maladies vénériennes, telles que la syphilis, cause de toutes sortes de handicaps physiques, sensoriels ou mentaux, ou la blennorragie, responsable de cas de cécité chez les enfants.

-Le diabète: la mère diabétique assimile mal et voit diminuer sa résistance aux infections. Le bébé peut en souffrir. L'enfant de parents diabétiques hérite lui-même de prédispositions au diabète. Dans certains cas, le diabète peut causer la cécité.

-Le dépistage de la rubéole. Il est très important de savoir si la future mère est immunisée contre la rubéole. Pour les femmes ne l'ayant jamais eue, un examen de laboratoire bien simple permet de vérifier si elle risque ou non de l'attraper pendant sa grossesse. Signalons qu'il faudrait vacciner toutes les adolescentes avant la puberté ou avant la grossesse. Maladie bénigne en soi, la rubéole contractée dans les dix premières semaines de la grossesse peut être la cause de graves anomalies congénitales pour le bébé, de

paralysie cérébrale ou de déficience mentale.

-Un état d'anémie qui peut affaiblir mère et enfant pendant la grossesse ou provoquer un état d'anoxie (diminution de la quantité d'oxygène distribuée aux tissus par le sang) laquelle peut entraver le bon développement du cerveau de l'enfant et causer paralysie cérébrale ou déficience mentale.

-Le dépistage de la maladie de Tay-Sachs. Au Québec, et particulièrement dans la population juive et dans les régions du Saguenay et du Lac-St-Jean, de la Beauce et de la Gaspésie, cette maladie génétique, mortelle pour les jeunes enfants, s'attaque aux centres vitaux nerveux. Elle provient de l'absence d'une enzyme essentielle. L'analyse du sang des parents éventuels, si elle révèle une telle anomalie, pourrait les amener à en considérer toutes les implications et à évaluer les décisions qui s'imposent: avoir ou ne pas avoir d'enfant destiné à une mort prématurée.

- La détermination du groupe sanguin et du Rhésus négatif de la mère. L'incompatibilité sanguine entre le facteur génétique (Rhésus positif) du père et l'absence de ce même facteur (Rhésus négatif) chez la mère, peut causer de sérieux problèmes à la mère et à l'enfant. Environ 14% de la population présente un Rhésus négatif et 85% un Rhésus positif. En cas de Rhésus négatif, des tests ultérieurs seront nécessaires pour détecter la présence d'anticorps. Si la grossesse peut être menée à terme, des mesures urgentes sont à prendre pour prévenir chez le nouveau-né tout risque ultérieur.

Autres tests.

Des tests plus spécialisés permettent aujourd'hui de dépister d'autres types de handicaps possibles du foetus.

-Génétique et hérédité: chaque enfant reçoit, dès sa conception, un double héritage génétique contenu dans 46 chromosomes disposés par paires; 23 viennent du père, 23 de la mère. Présents dans chaque cellule, ils sont composés de chaînes d'unités appelés gènes. Les gènes sont responsables, non seulement de l'apparence extérieure d'un individu à sa naissance, mais aussi de caractères cachés qui ne sont pas visibles extérieurement.

C'est ainsi que des enfants handicapés génétiquement peuvent naître de parents en bonne santé, mais porteurs de ces handicaps.

Par exemple, une mère peut transmettre à son fils une maladie héréditaire comme l'hémophilie, sans en souffrir elle-même.

Les anomalies génétiques, causes de handicaps, peuvent être reliées au nombre de chromosomes, à leur structure anormale, au "manque" héréditaire d'un élément nécessaire au développement normal de l'être humain.

Certains handicaps sont transmis par un seul des parents, d'autres, comme la Fibrose Kystique, certaines formes de cécité, n'apparaissent que si les deux parents transmettent l'anomalie génétique. C'est pourquoi les handicaps sont plus nombreux parmi les enfants issus d'unions entre cousins proches et dans les régions du pays plus ou moins fermées, où les habitants se sont mariés entre eux pendant plusieurs générations.

Sans être spécifiquement reconnues comme héréditaires, certaines maladies semblent se manifester en plus grand nombre dans des familles données. Celles-ci présentent ce que l'on appelle un "terrain favorale". Est-ce dûr à l'environnement ? Au genre de vie ? A une faiblesse héréditaire dans le système de défense de l'organisme ? Selon certains auteurs, cela pourrait être le cas pour la sclérose en plaques, l'ataxie de Friedrich, et certaines formes de cancer.

Actuellement, dans les centres de génétique, l'étude des antécédents familiaux, l'établissement du caryotype (sorte d'inventaire des chromosomes) permettent de prévoir et parfois de calculer les risques de handicaps.

Il est souhaitable que l'accès à ces centres de prévention et de dépistage soit facilité à toutes les mères inquiètes de la santé de leur descendance. Encore faudrait-il qu'elles sachent que ce genre d'examens existent et qu'elles soient en mesure d'exiger de leur médecin qu'on puisse leur faire.

Les ultra-sons (Echographie): dès les premières semaines, ils permettent de repérer les contours du foetus, la façon dont le crâne et la colonne vertébrale se développent et s'ils sont normalement constitués. Cette technique permet de déceler, entre autres, l'hydrocéphalie, l'absence de membres, certaines malformations des reins et du coeur.

L'Amniocentèse: c'est un prélèvement, à l'aide d'une longue aiguille creuse, du liquide amniotique dans lequel baigne le foetus. Ce liquide contient des cellules. L'examen des chromosomes contenus dans ces cellules , outre qu'il permet de déterminer le sexe de l'enfant, décèle des anomalies graves comme la maladie de Tay-Sachs et le syndrôme de Down (mongolisme). Le syndrôme de Down est une "erreur" chromosomique. La 21e paire comprend alors un chromosome supplémentaire: au total 47 au lieu de 46. Dans 2% des cas, ce désordre provient de la fragmentation d'un chromosome de cette même paire, qui, détaché, s'est rattaché à un autre chromosome. Dans ce cas, le syndrôme de Down sera malheureusement héréditaire. On s'interroge pourtant sur la fertilité des personnes qui l'ont.

Pour utile qu'elle soit, l'amniocentèse n'est pas sans risque, car l'aiguille peut atteindre le foetus; mais ces accidents sont rares, environ 0,2 %. L'amniocentèse n'est pas toujours nécessaire.

A Toronto, une vingtaine de spécialistes du General Hospital travaillent actuellement au dépistage de deux malformations congénitales: la spina-bifida et l'anencéphalie. La spina-bifida est une malformation de la colonne vertébrale qui frappe un enfant sur 1000. L'anencéphalie est une absence de cerveau, qu'on rencontre dans moins d'un cas sur 1,000 enfants.

LES GROSSESSES A RISQUES ELEVES.

Compte-tenu des antécédents familiaux des deux parents et suivant les résultats des tests et examens, le médecin pourra prévoir, dans la mesure du possible, une grossesse anormale ou une grossesse dite "à risques élevés".

On évalue généralement à 30% le pourcentage de femmes susceptibles d'avoir des problèmes au moment de l'accouchement. En moyenne, six femmes sur cent auront finalement des accouchements difficiles. D'autre part, sur les 70% qui n'auraient pas dû avoir de difficultés, 4 en auront effectivement[1] .

Facteurs définissant une grossesse à risques élevés.

a) Antécédents familiaux défavorables. Naissance d'enfants handicapés dans la famille proche des deux parents.
b) Femme de 35 ans et plus; primipare de moins de 16 ans.
c) Grossesses précédentes difficiles: fausses-couches répétées, bébés prématurés mort-nés; crises d'éclampsie; mauvaise présentation du bébé, etc.
d) Naissance antérieure d'enfants déficients: malformations, paralysie, surdité, cécité, hydrocéphalie, syndrôme de Down, anomalie héréditaire, déficience mentale.
e) Présence de jumeaux(même de plus de deux enfants)
f) Prise excessive de poids pendant la grossesse (plus de trente livres), ou insuffisante (moins de 10 livres).
g) Obésité: plus de 200 livres, ou maigreur excessive: mois de 100 livres.
h) Pertes de sang au cours de la grossesse.
i) Etroitesse anormale du bassin.
j) Anémie reconnue.
k) Mauvais état de santé de la mère; troubles rénaux, diabète, maladies cardiaques.
l) Abus du tabac, de l'alcool, des drogues, de médicaments.
m) Exposition à des radiations nocives.
n) Traumatismes accidentels: chutes, accidents d'autos, etc.

Même si un nombre croissant de femmes souhaite accoucher à la maison, il faut admettre que, dans les cas de grossesses à risques élevés, l'hôpital dispose de personnel qualifié et de moyens techniques capables de parer aux accidents possibles. Il serait peut-être possible d'avoir des accouchements à domicile aussi sécuritaires si l'on disposait d'unités mobiles.

Nous y reviendrons lorsqu'il sera question de l'accouchement. Soulignons pour le moment que les grossesses à risques élevées demandent une vigilance particulière si on décide de les poursuivre.

Les cours prénataux.

N'importe quel médecin ou professionnel de la santé du centre communautaire pourra diriger la future mère vers l'établissement le plus proche dispensant ces cours, qui comprennent:

a) des exercices physiques graduels et spécifiques qui préparent directement à l'accouchement. Ils permettent à la jeune femme enceinte de garder une certaine souplesse et surtout, lui apprennent à contrôler l'ensemble de ses muscles.

b) les techniques respiratoires indispensables durant l'accouchement. La maîtrise de ces techniques permet une meilleure oxygénation du bébé pendant le travail. L'anoxie, c'est-à-dire le manque d'oxygène du foetus ou du bébé naissant est responsable de handicaps graves, tant mentaux que physiques. Par exemple, 19% des surdités congénitales sont dûes à une anoxie.

c) des conseils sur le régime alimentaire souhaitable. Celui-ci peut demander un effort d'adaptation et un changement dans les habitudes, qui profitera d'ailleurs à toute la famille et pas seulement à la future mère. L'accent est mis sur la nourriture contenant les protéines: laitage, poisson, viande, légumes verts et fruits, l'apport nécessaire en calcium et en fer. Par contre, il est généralement recommandé de saler très modérément les aliments. Des risques d'oedème avec risque de toxémie commandent la suppression totale du sel.

d) une mise en garde concernant le tabac, l'alcool, les drogues et les médicaments quels qu'ils soient. Ces derniers ne doivent être utilisés que sous contrôle médical, et en cas de nécéssité absolue. Certains médecins n'en prescrivent que trop. Qu'on se rappelle les effets de la thalidomide sur le développement des membres du foetus. En règle générale, aucun médicament n'est inoffensif pendant la grossesse. Même l'aspirine prise sans discernement pourrait, à la limite, bloquer le système respiratoire du bébé.

e) des informations concernant le développement normal de la grossesse, les étapes de l'accouchement, les soins post-nataux, l'alimentation du nourrisson.

La fréquentation des cours prénataux a un effet psychologique sur les femmes, l'information qu'elles reçoivent, les exercices qu'elles pratiquent les rassurent et les sécurisent; la grossesse peut devenir une expérience très enrichissante. L'accouchement est mieux compris, mieux préparé, et, dans la plupart des cas, plus facile.

Un des grands avantages de la préparation à l'accouchement est la réduction sensible des analgésiques. Même s'ils s'avèrent nécessaires, les doses seront beaucoup plus faibles. Les analgésiques, les anesthésiques ont un effet nocif sur le foetus et peuvent retarder l'établissement de la respiration.

Dans un autre ordre d'idée, les femmes enceintes devraient pouvoir bénéficier d'un repos bien nécessaire. Le surmenage, le stress, les travaux pénibles devraient leur être épargnés dans la mesure du possible, au moins six semaines avant l'accouchement. La loi accorde maintenant un congé de maternité: il est payé par l'assurance-chômage et le Gouvernement compense le délai de carence.

Une femme enceinte a besoin d'être suivie très régulièrement jusqu'à son accouchement, non seulement pour son premier enfant, mais pour ceux qui suivent. Pourquoi la loi ne prévoirait-elle pas une demi-journée de congé payé trois ou quatre fois au cours de la grossesse ? La future mère pourrait ainsi aller passer les examens requis par son état dans les meilleurs conditions. Cela est prévu dans certaines conventions collectives et par des régimes privés.

La grossesse et les vaccinations.

Les risques de vaccinations, au cours de la grossesse,sont encore mal connus, au moins pour certaines d'entre elles. Ils semblent d'ailleurs variables avec chaque type de vaccination. On peut ainsi distinguer:

a) Les vaccinations à déconseiller.

- contre la thyphoïde et les parathyphoïdes: elles entraînent généralement de fortes réactions locales et générales.
-le vaccin anti-diphtérique est à réserver aux cas d'urgence.
-le B.C.G. (anti-tuberculose) est également à déconseiller

-la vaccination contre la rage est d'indication exceptionnelle et doit être réservée aux cas d'urgence.

b) Les vaccinations sans danger.

-la vaccination antitétanique n'entraîne aucun risque au cours de la grossesse.
-la vaccination anti-grippale non plus.
-il en est de même pour la vaccination anticholérique.
-la vaccination antipolyomyélitique est sans danger s'il s'agit de vaccins administrés par injection.

c) Les vaccinations éventuellement dangereuses.

-la vaccination antipolyomyélitique par voie orale doit être évitée chez la femme enceinte.
-la vaccination anti-variolique est très discutée et l'on préfère s'en abstenir. On n'y aura donc recours qu'en cas d'épidémie, et de préférence après le troisième mois de la grossesse. [2]

L'ACCOUCHEMENT.

"Accoucher ou se faire accoucher" ? La question est à l'ordre du jour. Un certain nombre de femmes s'interrogent en effet sur la manière dont elles sont traitées dans la plupart des hôpitaux quand vient le temps d'accoucher.

L'accouchement est un acte naturel, qui devrait rester naturel le plus possible, dans la mesure où aucune complication ne survient. Toute tentative de déclenchement artificiel du travail équivaut à prendre des risques. Laurence Pernaud écrit: "C'est légitime quand il s'agit de soustraire l'enfant à un danger prévisible; par contre cette attitude est indéfendable quand il ne s'agit que de convenances personnelles de la femme ou du médecin."

On risque en effet de faire naître un prématuré si la femme s'est trompée dans ses calculs, ou de provoquer un accouchement plus long, plus difficile, donc plus traumatisant pour l'enfant.

-L'anesthésie, dans cette même optique, est-elle toujours employée de façon pertinente ? Dans l'ensemble, il semblerait qu'elle entraîne une certaine passivité chez le bébé, et plus tard, une possibilité de perturbations des liens affectifs entre la mère et l'enfant. L'anesthésie épidurale n'est pas non plus la panacée universelle: elle exige la présence et l'intervention d'un anesthésiste entraîné, ne peut s'appliquer à toutes les femmes, peut s'accompagner de malaises désagréables et comporter directement des dangers pour l'enfant.

-L'emploi des forceps est à l'origine d'un grand nombre de paralysies cérébrales chez l'enfant. Il est donc à déconseiller.

-L'accouchement sous monitoring. C'est un matériel de surveillance particulièrement efficace pour dépister toute anomalie qui pourrait se produire tout au long du travail, mais ce ne doit pas être une excuse pour laisser la femme plus ou moins seule, inquiète, dans une position souvent inconfortable, avec pour tout réconfort: une machine ! Faut-il laisser aux machines le soin de décider des interventions comme les césariennes ? On a parfois l'impression que l'hôpital doit justifier la présence d'un équipement coûteux...

Tous ces éléments laissent supposer que l'on oblige plus ou moins les femmes à un rôle passif lorsqu'elles mettent un enfant au monde et que cet acte est vécu souvent comme une maladie. Si actuellement la médecine de l'accouchement est interventionniste, est-ce pour sécuriser le médecin ou pour le bien de la parturiente ?

Les chiffres suivants confirment bien les habitudes de pratique courante face à l'accouchement: [3]

13,4% ont été des accouchements par césarienne,
28,7% sous anesthésie péridurale,
59,4% sous anesthésie locale
17,3% avec utilisation de forceps
15% avec monitoring foetal.

Les progrès de la médecine et de l'hygiène, d'ailleurs remarquables, ont réduit considérablement les risques de mettre au monde un enfant handicapé des suites de toxémie, d'infection, d'hémorragie, mais , nous l'avons signalé, bien des pratiques de l'accouchement peuvent en entraîner d'autres qui ont les mêmes conséquen-

ces, particulièrement au niveau de la paralysie cérébrale et de la déficience mentale.

Nous ne pouvons donc que souscrire aux recommandations du Conseil du Statut de la femme qui demandent, entre autres points, que: "Le Ministère des Affaires sociales demande à la corporation professionnelle des médecins de faire une évaluation des actes pratiqués actuellement afin de ramener au strict nécessaire les interventions entourant l'accouchement et que (...) dans l'effort déjà entrepris pour réduire le recours de la population aux médicaments, incite une information concernant l'utilisation des médicaments au cours de la grossesse et de l'accouchement." [4]

Plus largement, et cela est vrai pour tous les services médico-sociaux, il faudrait en arriver à garder les avantages des techniques et des découvertes modernes, tout en les utilisant dans le respect de la personne humaine et de ses besoins particuliers.

LA PHASE POST-NATALE.

"Lors de la phase post-natale, les femmes reçoivent une information insuffisante sur les soins relatifs au bien-être du bébé et à leur propre santé. On ne les renseigne pas davantage sur les moyens contraceptifs, et celles qui choisissent d'allaiter ne se voient pas toujours conseillées et secondées par le personnel hospitalier." [5]

Comme l'accouchement naturel, l'allaitement maternel gagne du terrain. Il est en effet aberrant de couper le lait de la mère pour acheter un autre lait moins facile à digérer et moins conforme aux besoins du nourrisson, alors que l'allaitement maternel est profitable à la mère en ce qu'il favorise le retour à la normale de l'appareil génital, et protège le nourrisson en lui transmettant les anticorps maternels.

Il est vrai que notre contexte social ne facilite en rien cette pratique: les impératifs économiques, le manque de garderies sur les lieux de travail (avec pause-tétée...pourquoi pas ?) sont des contraintes qui pèsent sur les décisions de la jeune mère.

Il est cependant des cas où l'enfant, suite à certaines carences, ne peut assimiler le lait: c'est le cas, par exemple, des nouveaux-nés ayant une galactosémie. Un dépistage précoce permet d'administrer immédiatement une diète convenable et de sauver l'enfant.

La phénylcétonurie (P.K.U.) est l'absence d'un enzime nécessaire à l'assimilation d'une substance (la phénylalamine): elle empêche la croissance normale du cerveau. Cette carence peut également être dépistée à la naissance et compensée par un traitement médical.

Il en va de même pour l'hypothyroïdie, due à l'absence ou à l'insuffisance d'une hormone secrétée par la glande thyroïde, soit par absence de celle-ci, soit par mauvais fonctionnement: elle peut entraîner un retard psycho-moteur et psychologique grave.

D'autres maladies peuvent être dépistées par le programme d'analyses urinaires des nouveaux-nés de 2 ou 3 semaines, mis sur pied depuis 1971 par le Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke.

Les parents collaborent sur une base volontaire à ce programme et le taux de participation est exceptionnel: 91% des nouveaux-nés québécois ont ainsi bénéficié de ce service de dépistage.

Le Réseau Québécois de médecine génétique, qui est véritablement à l'avant-garde dans le domaine des études génétiques et dans celui du dépistage, est en mesure de faire ces analyses dans plusieurs centres: au Centre Hospitalier de l'Université Laval (le CHUL), au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (le CHUS), à l'Hôpital Ste-Justine, de Montréal, ou au Montreal Children's Hospital.

Dans l'ensemble, dans le domaine de la prévention et du dépistage prénatal, périnatal ou postnatal, nous avons pu constater que les connaissances scientifiques ne manquent pas. Le public le sait-il? Une information sérieuse est-elle toujours donnée aux parents? Ont-ils toujours rapidement accès aux services de

dépistage? Les professionnels concernés leur facilitent-ils les démarches? Les Départements de santé communautaire, dans leur ensemble, devraient avoir la responsabilité des programmes de prévention, mais rares sont ceux qui ont mis sur pied des plans de dépistage et de diagnostic prénatal, probablement faute de moyens, ou, là comme ailleurs, parce que les urgences s'imposent face aux problèmes des personnes handicapées "déjà nées" et qu'on pare au plus pressé. On ne saurait pourtant trop insister sur la nécessité des programmes de prévention et de dépistage précoce et sur l'importance d'une information sérieuse donnée aux familles sur les possibilités qui existent en ce domaine.

PREVENTION DES MALADIES INFANTILES

Avec les progrès de l'hygiène, la généralisation de la vaccination a ouvert une ère nouvelle dans la médecine préventive, sauvé nombre de vies et évité de sérieux handicaps, consécutifs, par exemple, à la polyomyélite.

"Il existe actuellement des préparations faites pour être injectées ou avalées et qui, dans presque tous les cas, immunisent complètement contre la plupart des maladies contagieuses graves. Les plus importantes sont celles qui immunisent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la polyomyélite (paralysie infantile) et la variole." [6]

En dépit de l'existence de ces moyens efficaces de prévention, de nombreux enfants ne sont pas vaccinés, soit par négligence, soit par la volonté délibérée des parents. Certains parents hésitent en effet à faire vacciner leurs enfants ou refusent carrément de le faire.

Pourtant, les risques de la vaccination sont minimes comparés aux conséquences de maladies comme la paralysie infantile ou le tétanos.

Tous les enfants devraient pouvoir bénéficier de la protection offerte par la vaccination. Les parents devraient noter les vaccins reçus par chaque membre de la famille ainsi que la

date des rappels, car les immunisations perdent leur efficacité si les rappels ne sont pas effectués dans les délais requis.

La plupart des vaccinations infantiles se font entre le 3ième et le 10ième mois.

Les injections de rappel entre 15 mois et 2 ans, et plus tard, entre 6 et 16 ans.

LES ACCIDENTS CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 14 ANS

La principale cause de mortalité enfantine est due en premier lieu aux accidents.

Voici un certain nombre de facteurs susceptibles d'entraîner handicaps, défigurations ou autres conséquences graves.

Intoxication par médicaments ou par d'autres produits toxiques d'entretien ménager, poison pour souris ou rats, insecticides, ébouillantement par renversement de casseroles d'eau bouillante, électrocutions dues à des prises de courant non protégées, chutes diverses (escaliers ou fenêtres), blessures en jouant avec des armes à feu, des outils, des ciseaux, angles protubérants de certains jouets, noyades (baignoire, piscines, étangs, lacs, etc.).

Les parents devraient s'assurer que ces objets ou lieux dangereux ne sont pas accessibles à leurs enfants. Leur apprendre en quoi consiste le danger et comment l'éviter.

Afin d'éviter dans la mesure du possible les accidents de la circulation, apprendre aux enfants à traverser la rue, à respecter les signalisations, à circuler en bicyclette; dans les autos, il faut installer les bébés et les jeunes enfants à l'arrière, sur des sièges adaptés à leur taille, confortables, solidement fixés et munis de ceinture de sécurité.

Prévenir toutes les causes possibles d'accidents est difficile, mais on peut y contribuer en étant attentif au danger et en le signalant à l'enfant - ou aux services municipaux s'il s'agit d'un danger public.

CONCLUSION

Tout au long de ce document, nous nous sommes attachés à faire ressortir la variété des causes possibles de toutes sortes de handicaps, et à souligner la nécessité du dépistage et de la prévention.

Le dépistage est un élément de la prévention, en ce sens qu'il peut diminuer la fréquence et la gravité de certains handicaps, soit parce que des traitements appropriés peuvent en corriger les effets ou en compenser les limitations. La stimulation précoce, dans le domaine de la déficience mentale, pour ne donner que cet exemple, permet de développer au maximum les possibilités de l'enfant.

Cet exemple, nous permettra de comprendre également l'importance de la recherche des origines d'un handicap, pour mieux le réduire: plusieurs causes peuvent contribuer à aggraver une limitation. Des carences du milieu familial risquent d'être, le plus souvent, les véritables responsables d'une telle déficience. L'ignorer, c'est parfois de passer à côté d'un aspect important de dépistage et de la prévention.

Mais il ne faut pas ignorer les facteurs génétiques et les diagnostics qui peuvent nous les révéler à temps.

Ainsi, l'implantation d'un Réseau Québécois de médecine génétique, a permis, depuis 1974, de tester 600,000 nouveaux nés et, au seul chapitre de l'hypotyroïdie, d'éviter l'institutionalisation de 15 cas annuellement; soit une économie projetée de 40 millions de dollars par année. [1]

Le succès de ce programme, qui fait d'ailleurs école à l'étranger, est extrêmement encourageant pour l'avenir en ce qui concerne le contrôle de certains syndromes.

La prévention s'étend bien au-delà de la dimension médicale. Elle s'adresse aux habitudes de vie sous toutes les facettes, soit: le travail, les loisirs, les sports, l'environnement, l'alimentation, la sexualité, etc.

La médecine préventive ne bénéficie que d'environ 10% des budgets alloués aux soins curatifs; ceci malgré une réforme des services de santé qui s'est essoufflée, semble-t-il, dans les structures administratives. Comment le financement par le "per diem", selon le taux d'occupation des hôpitaux, et le mode de rémunération à l'acte des professionnels de la santé peuvent-ils inciter à la prévention ?

Cependant, l'information sur ce qui peut détériorer la santé est à la portée de tous ceux qui veulent se donner la peine de se prendre en charge; l'assurance-maladie permet aux Québécois de consulter régulièrement leur médecin et de prévenir, par là-même, plutôt que de guérir, comme le demande un dicton qui est dans toutes les bouches.

Il faudrait aussi voir ce que comprend la prévention en milieu de travail: au titre de la santé au travail, les déboursés pour l'indemnisation et la réadaptation effectués maintenant par la Commission de la Santé et Sécurité au travail et les employeurs se chiffraient, pour l'année 1977 à 415 millions de dollars. Encore faut-il remarquer que ces sommes ne comptabilisent pas les effets du stress, de l'alcoolisme et du tabagisme, ni des vapeurs ou poussières toxiques, qui, de façon indirecte, affectent la productivité. Pourtant, pour la même période (1977), les déboursés encourus pour la prévention par l'ensemble des intéressés s'élevait à 41,6 millions.

Devant de tels phénomènes, quelle est la rentabilité des investissements sociaux en matière de santé et quels sont les principes qui la guident ? La trop nouvelle Loi santé et sécurité du travail n'a pas eu encore le temps de faire ses preuves en matière de dépistage et de prévention pour pouvoir répondre à la question. On peut espérer; mais en attendant, les travailleurs et les syndicats doivent utiliser les moyens à leur portée pour que la prévention et le dépistage évitent de plus grands maux.

50% des handicaps majeurs chez les adultes proviendraient d'accidents de véhicules moteurs. La Régie de l'Assurance Automobile du Québec a instauré un programme agressif d'information de prévention, qui n'existait pas avant. Espérons que la réforme du co-

de de la route présentement à l'étude, et l'application de mesures plus sévères, intégrées à un système informatique plus efficae favoriseront une plus grande prudence chez les usagers de la route.

Certes, la publicité des industries automobile, pétrolière, sidérurgique, toutes dépendantes de notre société motorisée ont une force de pression politique et ce sont des facteurs qui peuvent réduire l'impact d'une campagne préventive. Certes, le développement de modes de transports collectifs efficaces et sécuritaires non basés sur la propriété individuelle et la performance, pose non seulement des choix politiques difficilement applicables à l'heure actuelle, mais aussi des changements dans les valeurs sociales. Mais peut-on oublier la part des responsabilités individuelles des conducteurs qui se défoulent au volant ou conduisent en état d'ivresse ?

Dans un autre domaine, la violence dans le sport est une industrie dont la rentabilité est proportionnelle à l'excitation qu'elle provoque chez le public. Les facteurs de risques d'accidents concurrencent les performances sportives. L'industrie de la boxe, du foot-ball et du hockey ne nous donnent pas particulièrement des conseils de prévention, au contraire: elles nous invitent à la détente passive en prenant une bonne bière... L'art du paradoxe est ici à son comble, comme si l'alcool et la performance physique pouvaient être associés ! Mais si nous sommes là pour nous divertir et non pour réfléchir, rien ne nous empêche de réfléchir un peu plus.

Enfin, pour ne pas oublier les victimes d'actes criminels, le fait d'avoir institué un fonds d'indemnisation, bien que louable en soi, suffit-il à réparer les dommages causés ? Ici, la prévention des handicaps rejoint celle de la criminalité, domaine fort complexe s'il en est; mais il serait intéressant que l'on porte à la connaissance du public combien l'attitude agressive de la future victime peut accentuer la violence du coupable, ce serait une manière d'aider les citoyens à se protéger, faute de mieux...

Nous avons voulu, par ces exemples, attirer l'attention sur ce que l'on peut faire individuellement, sans escamoter les facteurs

de risque produits par notre société; du fait même de leur complexité, les programmes de prévention qui devraient être mis en place pour supprimer les causes à la source ne pourront les réduire du jour au lendemain.

Qui est responsable de la prévention ?

L'état possède certains pouvoirs: orientations politiques, règlements et mécanismes de contrôle, moyens de diffusion,etc. Mais il n'est qu'un des intervenants dans le secteur de la santé et des autres facteurs produisant des handicaps. Quels sont les autres partenaires sociaux qui détiennent une responsabilité dans le développement de la prévention ?

En premier lieu, considérons les éléments composant "l'industrie de la maladie", c'est-à-dire les professionnels de la santé, (plus de 100,000, au Québec), les institutions du réseau des Affaires sociales, et enfin, non la moindre, l'industrie pharmaceutique.

Dans un second temps, les individus: utilisateurs, patients, victimes, clients et consommateurs des services de soins.

Enfin, les industries responsables d'effets nocifs, que ce soit le tabagisme, l'alcoolisme, les accidents de la route, les toxicomanies diverses, la pollution de l'air, ou la pollution par le bruit, la dégradation de l'eau de consommation,la toxicité des milieux de travail,etc.

L'éventail pourrait s'élargir à l'infini. Examinons pourtant quelques conflits d'intérêts à ce niveau.

Les professionnels de la santé, les institutions et l'industrie pharmaceutique, si une prévention efficace réduisait les patients, assisteraient à une diminution des effectifs, des institutions et de la consommation de médicaments. Pourtant, les sommes ainsi réaménagées pourraient être réaffectées à une gamme de services de santé ou de services sociaux actuellement déficients, comme les services à domicile.

Mais où donc s'arrête la croissance pour elle-même ? Et où intervient la responsabilité sociale ? La prévention est, et demeure l'affaire de tous, de chacun de nous dans notre environnement immédiat pour faire intervenir des changements et diffuser l'information pertinente.

Les associations de personnes handicapées que nous avons rencontrées dans le cadre de cette recherche nous ont avoué n'avoir point de moyens suffisants pour intervenir au niveau de la prévention: toutes leurs énergies et leurs moyens suffisent à peine à leur survie et leur priorité demeure l'intégration de leurs membres à la société. Leurs attentes se dirigent vers la structure gouvernementale ou l'Office des personnes handicapées pour combler cette lacune.

Verrons-nous un jour se former des associations de protection du consommateur des services de soins de santé ? Et quelle est la responsabilité de l'Office de protection des consommateurs dans ce secteur ?

Nous pouvons nous demander, au delà des discours sur les coûts croissants des soins et services de santé au Québec (plus d'un milliard par année), où sont les orientations visant une restructuration fondamentale en matière de santé et de prévention.

Dans ce contexte de responsabilités partagées, la prévention devient un projet social collectif, fondé sur une conception de la santé publique à long terme afin que dans sa vie quotidienne, les citoyens ne soient plus handicapés à un niveau ou à un autre pour le plein exercice ou la pleine jouissance de ses droits.

Nous avons voulu, dans ce dossier, poser les jalons d'une interrogation collective sur la santé et sensibiliser le public aux facteurs biologiques et sociaux pouvant provoquer certains handicaps.

Dans la perspective où l'être humain parfait serait celui qui aurait harmonieusement intégré les aspects biologiques, psychologiques et sociologiques de son existence, nous pouvons tous, à un degré ou un autre, dans notre croissance et notre développement, nous définir comme <u>des êtres handicapés</u>.

NOTES ET REFERENCES (CHAPITRE I)

1. P. Couillard, J.M. Demers, G. Dranville, P. Pirlot, L'Homme dans son milieu, Montréal, Ed. Guérin 1968, p.p. 153-154.

2. Québec-Sciences, Spécial Santé, p.51.

3. Santé et Bien-être Social, "Les maladies transmises par voie sexuelle", Ministère de la Santé Nationale - Canada.

4. Addiction Research Foundation of Ontario, Renseignements sur le tabac, nov. 71.

5. Gouvernement du Québec, Le Tabac, Ministère des Affaires Sociales.

6. Corporation professionnelle des médecins du Québec, Les Toxicomanies autres que l'alcool, 4e éd., Montréal, 1976

7. G. Escomel, "La droque embourqeoisée", Actualités, déc. 1980.

8. Gouvernement du Québec, Environnement et Santé, Ministère des Affaires sociales, p. 62.

9. Ibid, p. 63.

10. P. Brunet, Mortalité, morbidité et facteurs de risques reliés aux maladies du système circulatoire au Québec, Ministère des Affaires Sociales, 1978.

11. Comité de la Santé mentale du Québec, La Prévention dans le domaine de la santé mentale, Ministère des Affaires Sociales, sept. 1973. p. 65.

12. Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents, Editeur officiel du Québec, # 2978.

13. Commission des accidents du travail, Rapport 1979.

14. Environnement et santé, déjà cité.

15. Commission des accidents du travail du Québec, Rapport annuel 1979, p. 33.

16. Ibid, p. 45.

17. Environnement et santé, déjà cité, p. 86.

18. F. Ouellet, La santé et la sécurité au travail, Institut de recherche a-pliquée sur le travail, Brochure no. 5, 3ième impression, mars 1979.

19. Ibid, p. 18.

20. Commission des accidents du travail, Statistiques sur les accidents du travail 73-77, tableau 7, graphique 11.

NOTES ET REFERENCES (CHAPITRE II)

1. Association de paralysie cérébrale, La prévention c'est l'affaire de tous, Québec, Juin 1979.

2. L. Pernoud, J'attends un enfant, Pierre Horay, éd. 1978 p.p. 105-106.

3. Conseil du Statut de la Femme, Pour les Québécoises: égalité et indépendance.

4. Ibid, p. 95.

5. Ibid, p. 98

6. D.G. Cooley, Guide médical de la famille, Robert Laffont 1968, p. 394.

CONCLUSION

1. M. Arlan, La Presse du 17/01/81 "Vingt enfants sauvés de l'arriération mentale".

2. Santé et Sécurité au Travail, Gouvernement du Québec, 1978, p.p. 183 et 185.

BIBLIOGRAPHIE

GAUTHIER, J.P. — Accidents neurologiques et contraceptifs oraux. L'année du médecin, Paris Flammarion 1975.

BRUNET, P. — Les accidents vasculaires ischémiques cérébraux chez l'adulte jeune. Le concours médical, 22-03-80.

FURLONG, Jane — L'alcoolisme et les jeunes, Division de l'éducation, Fondation pour la dépendance - Ile-du-Prince-Edouard.

DUFRESNE, L. — Les aspects phychologiques et sociaux de la consommation de drogue. Trois-Rivières.

SOCIETE DU TIMBRE DE NOEL DU QUEBEC — Cigarette et Grossesse, Publié par la Société du Timbre de Noël du Québec Inc.

MARCHESSEAULT, Yvette Pratte — En attendant notre enfant, Editions de l'Homme 1971.

MINISTERE DE L'EDUCATION DU QUEBEC — L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec - Québec, 1976.

SIMPSON, Danièle — L'exemple des femmes - Québec Science - Spécial santé, 19, no. 2 - p. 54 - Octobre 1980.

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE — Facts about Mongolism for women over 35, U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 20402.

CHAMPAGNE-GILBERT, Maurice — La famille et l'homme à délivrer du pouvoir, Montréal, Leméac 1980.

COOLEY, Donald G. — Guide Médical de la Famille, Publié sous la direction de Donald G. Cooley, Robert Laffont 1968.

COUILLARD, P.
DEMERS, J.P.
DRAINVILLE, G.
PIRLOT, P. — L'Homme dans son milieu, Editions Guérin 1968 p. 153. 154.

BELAND, P.
ST-HILAIRE, C. — L'implantation d'un système de réadaptation avec aides pour les handicapés visuels du Québec, Rapport d'étape, CRSS de la région de Québec, juin 1977.

L'intérêt économique de dépistages systématiques d'affections et de handicaps dans l'enfance, Economie et Santé, no. 4., Paris, 1973.

PERNOUD, Laurence — J'attends un enfant, P. Horay, Editeur Paris 1978.

MINISTERE DE LA SANTE NATIONALE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL - CANADA — Santé et Bien-Être social: "Les maladies transmises par voie sexuelle".

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA DEFICIENCE MENTALE — Manuel d'orientation sur la déficience mentale, Ottawa, 1978.

ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LA DEFICIENCE MENTALE — Mémoire annuel de l'AQDM au Gouvernement du Québec, Mai 1976.

FORUM DES CITOYENS AGES DE MONTREAL — Mémoire au sous-comité des Communes sur les invalidités et les handicaps - Aout 1980.

Mémoire de l'association de la paralysie cérébrale du Québec sur "la prévention, c'est l'affaire de tous", 1979.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES — Mortalité, morbidité et facteurs de risque reliés aux maladies du système circulatoire au Québec,1978.

CRSSS MONTREAL METROPOLITAIN — Planification des services aux personnes déficientes mentales avec ou sans sur-handicap physique et/ou sensoriel, Décembre 1979.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME — Pour les Québécoises, Egalité et Indépendance, 1978.

COMITE DE LA SANTE MENTALE — La prévention dans le domaine de la santé mentale, Ministère des Affaires sociales, sept. 1973.

" " " — Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents, Québec, 1978.

GAGNON, Astrid — Quand la famille entre au laboratoire, Perspectives, 27/09/80.

OFFICE DE LA CONSTRUCTION DU QUEBEC — Rapport du comité de recherche en sécurité, Québec, 1976.

ADDICTION RESEARCH FOUNDATION OF ONTARIO — Renseignements sur le Tabac, Nov. 1971.

OLIVIER, Céline — Santé en milieu scolaire, situation actuelle, Rapport ronéotypé, 1980.

OUELLET, Florian — La santé et la sécurité au travail, I.R.A.T., Juillet 1977.

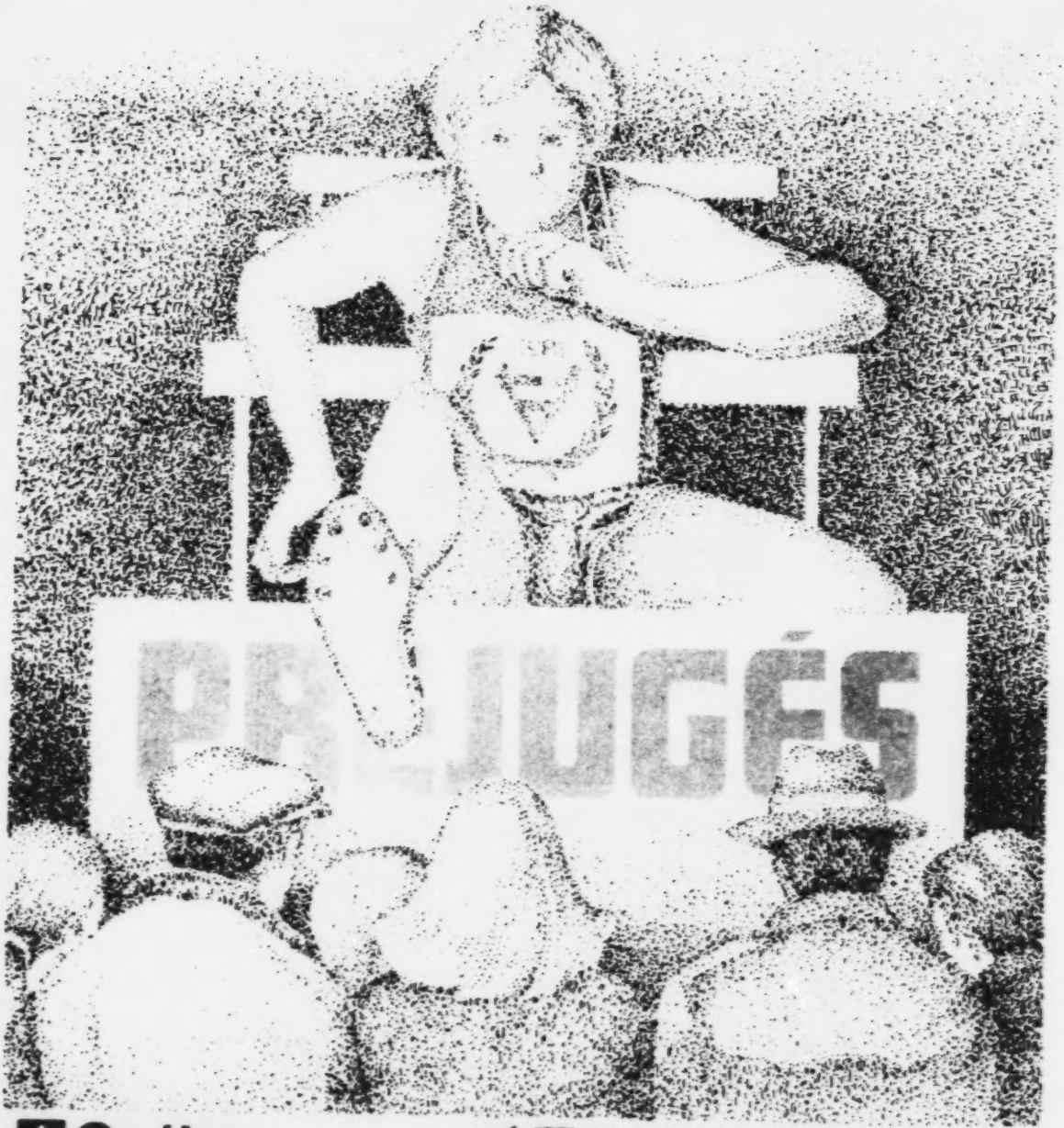
GOUVERNEMENT DU QUEBEC — Santé et sécurité au travail, Québec 1978.

COMITE DE LA SANTE MENTALE — Stérilisation et déficience mentale, Sondage auprès des médecins, Gouvernement du Québec, Août 1979.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC - MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES — Le Tabac, Québec.

DONNONS LA CHANCE AU COUREUR

Tout comme un bon coureur, une personne handicapée peut surmonter de nombreux obstacles au niveau de l'apprentissage, des études, du transport, de l'architecture et de l'emploi. Mais le plus insurmontable de ces obstacles, ce sont souvent nos préjugés, véritables barrières psychologiques à l'intégration sociale, politique, culturelle, économique et professionnelle des personnes handicapées. Pensons-y, c'est à nous de leur offrir égalité et pleine participation dans notre société. Donnons la chance au coureur!



Québec

1981

Année internationale des personnes handicapées

4